在職証明書

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 |  |
| 住　所 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 採用年月日 | 年　　　月　　　日　～　現在在職中 |
| 就業事業所※1 | ※実際に働いている明石市内の介護・障害福祉サービス等の事業所（正式名称）を記載。事業所名：事業所住所：連絡先： |
| 職　種 |  |
| 備　考 |  |

※1．明石市介護・障害福祉資格取得支援助成金の交付対象は、明石市内に所在し、介護・障害福祉サービス等を行っている事業所が対象です。（申請後、明石市に登録されている事業所リストと照合します。）

上記の通り、在職していることを証明いたします。

　年　　　月　　　日

所在地：

名　　　称：

電話：

代表者名：　　　　　　　　　　　　 　　　 ㊞

（代表者印）