

別記第2号様式（第7条第1項関係）

函館市介護職員等資格取得支援事業 雇用証明書

令和〇年△△月□□日

函館市長 様

証明者 住所 函館市〇〇町△-□
法人名 株式会社〇〇
代表者名 代表取締役 △△△[Ⓣ]
電話番号 0000-00-0000

下記の者については、令和〇〇年△△月□□日現在当法人（事業所）において介護職員等として雇用していることを証明します。

記

| | |
|-------------------------|---|
| 住所 | 函館市〇〇町□-△ |
| フリガナ氏名 | ハコダテ タコウ 函館 太郎 |
| 生年月日 | 平成〇〇年△△月□□日 |
| 勤務先（事業所名） | 〇〇介護サービス事業所 |
| 雇用契約年月日 | 令和〇〇年△△月□□日 |
| 雇用形態 | 1 および2の該当する□に✓を入れてください。 1 <input checked="" type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 非正規 2 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 |
| その他 受講料等の 支払いについて | 該当する□に✓および金額を入れてください。 <input type="checkbox"/> 法人が受講料等について全額負担している <input type="checkbox"/> 法人が受講料等について一部負担している (円) <input checked="" type="checkbox"/> 法人は受講料等について負担していない |