

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 △△△<sup>Ⓣ</sup>  
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