

必ず雇用主が作成してください

第2号様式（第6条関係）

就業証明書

就業者氏名	福祉 太郎		就業者住所	伊東市大原2-1-1	
資格・免許	介護福祉士				
勤務地	名称	グループホーム●●●●●●●●		電話番号	0557-12-3456
	所在地	伊東市宇佐美●●●●●●●●●●●●●●			
採用年月日	202●年 4月 1日				
雇用形態	正規社員 ● 其他 ()				
雇用期間	無期 ・ 有期 (年 月 日から 年 月 日まで)				
就業時間	週 40 時間 (以上)				
住居手当等の有無	無 ・ 有 (月額 円)				
伊東市長 様 当事業所に就業する者について、上記のとおり証明します。					
202●年 ●月 ●日					
住所		伊東市●●●●●●●●●●			
事業所名		社会福祉法人●●●●●●●●●●			
代表者名		理事長 ●●●●●●●●			
電話番号		0557-98-7654			

正規以外であれば、その他に○をつけ、カッコに雇用形態を記入

無期・有期のいずれかに○
有期であればその期間を記入

無・有のいずれかに○
手当の支給があれば、その額を記入

之印 理事長

(注意) この証明は、「伊東市福祉関連事業従事者移住支援補助金」の申請に必要な書類です。証明内容等について、確認及び調査させていただくことがありますので、御了承ください。