別記第２号様式（第７条第１項関係）

函館市介護職員資格取得支援事業　雇用証明書

　　年　　月　　日

函館市長　様

　　　　　　　　　　　　　証明者　住　　所

法 人 名

代表者名　　　　　　　　　　　　　印

電話番号　　　　－　　　－

　下記の者については，　　　　年　　　月　　　日現在当法人（事業所）において介護職員として雇用していることを証明します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| フリガナ氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 勤務先（事業所名） |  |
| 雇用契約年月日 |  |
| 雇用形態 | １および２の該当する□に✓を入れてください。１　□正規　　□非正規２　□常勤　　□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。□法人が受講料等について全額負担している□法人が受講料等について一部負担している（　　　　　　　円）□法人は受講料等について負担していない |