

別紙1(第5条関係)

勤務証明書  
(魚沼市障害福祉資格取得促進支援金)

|   |                      |
|---|----------------------|
| 氏名<br>(フリガナ)  |                      |
| 生年月日  | 年 月 日                |
| 現住所   | (〒 - )               |
| 現勤務先  | (名称)<br>(所在地)        |
| 業務内容  |                      |
| 就業年月日   | 年 月 日                |
| 勤務時間  | 週( )時間勤務 又は 月( )時間勤務 |
| 同一法人内での<br>異動の有無  | 無・有(職新名: 就業期間: )     |
| <p>上記の事項について、事実と相違ないことを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>雇用主<br/>(事業主) 所在地.....</p> <p>法人名.....</p> <p>代表者名..... (印)</p> <p>電話番号..... (担当者氏名.....)</p> |                      |