

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 (フリガナ)	
生年月日	年 月 日
現住所	(〒 - )
現勤務先	(名称) (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 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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>雇用主 (事業主) 所在地.....</p> <p style="padding-left: 100px;">法人名.....</p> <p style="padding-left: 100px;">代表者名..... (印)</p> <p style="padding-left: 100px;">電話番号..... (担当者氏名.....)</p>	