

別紙1(第5条関係)

## 勤務証明書

(魚沼市介護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(事業所名: 就業期間: )
上記の事項について、事実と相違ないことを証明します。  年 月 日  雇用主 (事業主) 所在地.....  法人名.....  代表者名.....(印)  電話番号.....(担当者氏名.....)	