様式第２号（第４条関係）

年　　月　　日

加東市介護職員養成支援事業就業（予定）証明書

加東市長　様

所　在　地
名　　称
代表者の氏名

次の者を雇用していること又は雇用予定であることを証明します。

被雇用者	住　所			
	氏　名			
就 業 先 事 業 所	所在地			
	名　称			
雇用形態	□正規職員 □非常勤職員、パート、アルバイト □その他（　　） 勤務日数（週　　日間）　１日の勤務時間（　　時間）			
就 業 日	年　　月　　日（予定）			
本件事務 担 当 者		電話番号		

※　訪問介護事業所等に時給で働く登録をし、事業所から指示された時間帯だけ労務を提供する場合は、「雇用形態」欄の「その他」に「登録」と記載してください。この場合は、直近１箇月の平均的な勤務日数及び勤務時間を記載してください。

※　就業日及び現在までの継続月数（１箇月に満たない日数は切り捨て）を記載してください。雇用形態が登録の場合は、登録日ではなく、実働開始日を就業日としてください。