様式第２号（第４条関係）

　在職証明書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 |  | |
| 勤務先 |  | |
| 職種 |  | |
| 雇用形態  （どちらかに○） |  | 正規雇用職員 |
|  | 非正規雇用職員 |
| 就業開始日 | 年　　月　　日　（在職　　年　　ヶ月） | |

上記のとおり在職していることを証明します。

なお、上記の者に対し、介護職員初任者研修課程の受講に係る助成（※）を行っていないことを申し添えます。

　年　　　月　　　日

敦賀市長　殿

事業所住所

事業所名

代表者名

※資格手当等の、資格を所持していること自体に対する待遇改善は除く