

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○）	<input type="checkbox"/>	正規雇用職員
	<input type="checkbox"/>	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