

第 2 号様式（第 6 条関係）

年 月 日

大垣市長 様

所 在 地
法人または事業所名
代 表 者 職 氏 名
連 絡 先
(担当者氏名)

勤 務 状 況 証 明 書

大垣市介護人材就労支援奨励金の交付申請に関して、次のとおり勤務状況を証明します。

証法 明 欄人	次の者は、介護職員として 6 か月以上継続して勤務していることを証明します。
---------------	--

被 雇 用 者	住 所	
	氏 名	
	勤 務 事 業 所 名	
	勤 務 開 始 年 月 日	年 月 日 ☐ 正規雇用の場合はチェック