様式第２号（第５条関係）

雇用証明書（介護職員等確保支援助成金申請用）

１　被雇用者

　　　住所

　　　氏名

　　　生年月日　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　（　　　歳）

２　雇用開始年月日　　　　　　　　年　　　月　　　日

３　主に従事する職種

（　　　　年　　　月　　　日）現在において、上記の者を1週間の所定勤務時間が２０時間以上の勤務形態において雇用していることを証明します。

　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　事業主

　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　㊞