様式第２号（第６条関係）

実務経験証明書

（砺波市介護職員初任者研修費助成金交付申請用）

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 砺波市 |
| フリガナ |  | 性別 | 男・女 |
| 氏名 | 　 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 就労（採用）年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 勤務地＊　実際の勤務地が、証明欄の所在地と異なる場合に記入してください。 | 所在地 | 砺波市 |
| 名称 | 　 |
| 電話番号 | ０７６３（　　　　） |

砺波市長　　　　あて

　上記の者は、記載内容のとおり当施設・事業所において、就労（採用）年月日から引き続き現在も勤務していることを証明します。

年　　月　　日

所在地

施設又は事業所名

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

注意事項

１　社印又は代表者の印のないものは無効です。

２　訂正した場合は、社印又は代表者の職印を押印してください。

３　記載内容が事実と異なっていたときは、助成金を返還していただく場合があります。