第２号様式

（第５条関係）

**鎌倉市介護従事者資格取得補助金就業証明書**

|  |
| --- |
| 年　　月　　日（宛先）鎌倉市長所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（雇用者）法人名代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　　下記の者について　　　　　年　　月　　日現在、次のとおり当社（介護保険施設・事業所）において就業していることを証明します。 |
| 被雇用者 | 住　所 |  |
| 氏　名 |  |
| 就業先施設又は事業所 | 所在地 | 神奈川県鎌倉市 |
| 名　称 |  |
| 就業期間 | 年　　月　　日　　～　　　　　現在 |