（第６号様式）

鎌倉市介護従事者資格取得助成事業就業証明書

|  |
| --- |
| 年　　月　　日（宛先）鎌倉市長所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　　次の者は　　　　　年　　月　　日現在、次の介護保険施設又は事業所に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 |  |
| 名　称 |  |
| 就業期間 | 年　　月　　日　　～　　　　　現在 |