様式第３号（第５条関係）

宮古島市介護支援専門員等研修受講料助成金就労（予定）証明書

　　　　　　　　申請者 住所

氏名　　　　　　　　　　　㊞

（雇用主記載欄）

|  |  |
| --- | --- |
| 就労（予定）先事業所 | 名称 |
| 所在地 |
| 就労（予定）期間 | 　　　年　　月　　日から　勤務　・　勤務予定※どちらかに○をしてください。 |
| （該当するものに☑） | □介護支援専門員　□主任介護支援専門員　　　　□相談支援専門員　□主任相談支援専門員 |
| 上記のとおりであることを証明します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　雇用主（事業主）　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（担当者名）　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　） |