

# 見 本

添付書類

第7号様式（第9条関係）

## 就 業 証 明 書

住 所 草加市高砂1丁目1番1号  
研修修了者  
氏 名 草加 太郎

上記の者は、令和5年4月10日から、当法人が運営する介護サービス事業所にて介護職員として3か月以上就業し、また本証明書の発行日現在においても、継続して就業していることを証明します。

発行日 令和5年 12月 1日

運 営 法 人	所 在 地	埼玉県さいたま市浦和区高砂〇—〇—〇〇
	法 人 名	株式会社 △△コーポレーション
	代表者職氏名	埼玉 三郎
	電 話 番 号	048-〇〇〇-◇◇◇◇

※運営法人の所在地は、市内・市外問いません。

就 業 先 事 業 所	所 在 地	埼玉県草加市高砂1-1-1
	事 業 者 名	せんべい訪問介護ステーション
	管理者職氏名	堅焼 次郎
	電 話 番 号	048-〇〇〇-●●●●

※就業先事業所は、草加市内のみ対象とします。

確 認 欄	初任者研修又は実務者研修に係る受講料等の補填 <input checked="" type="checkbox"/> 補填なし <input type="checkbox"/> 補填あり（金額 円）
	1週間当たりの所定労働時間 <input checked="" type="checkbox"/> 30時間以上 <input type="checkbox"/> 20時間以上 <input type="checkbox"/> 20時間未満

記載者：所属（職）せんべい訪問介護ステーション 事務 氏名 堅焼 花子

電話番号 048-〇〇〇-●●●●