

実務経験証明書

（遠軽町介護職員初任者研修費助成事業用）

住 所	遠軽町		
氏 名	フリガナ	性 別	男・女
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	遠軽町	
	名 称		
	電話番号	()	

遠軽町長 様

上記の者は、現在も就労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

電話番号

印

【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 上記の事項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。