

様式第2号

令和 年度川口市介護職員資格取得等支援助成金助成対象者証明書

令和 年 月 日

(あて先) 川 口 市 長

川口市介護職員資格取得等支援助成金について、下記の者は資格試験に合格または研修を修了し、かつ、当事業所の管理者または常勤の従事者（合格日・研修修了日から起算して6ヶ月間継続し、かつ、現在も就労していること）であることを証明します。

事業者	所在地	
	名称	
	代表者名	
事業所	所在地	川口市
	名称	
合格者・修了者	住所	
	氏名	
	在職期間	年 月 日 から 現 在 まで
管理者・常勤の従事者の別	管 理 者 ・ 常 勤 の 従 事 者 (い ず れ か に ○ )	