

年 月 日

（宛先）座間市長

（就業先）  
所在地  
法人名  
代表者名

移動支援事業従事者養成研修等受講料助成事業就業証明書

次の者を移動支援事業の従業者として雇用していることを証明します。

|                            |       |                                                                                                  |                |   |
|----------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---|
| 被<br>雇<br>用<br>者           | 住 所   |                                                                                                  |                |   |
|                            | 氏 名   |                                                                                                  |                |   |
| 就<br>業<br>先<br>事<br>業<br>所 | 所在地   |                                                                                                  |                |   |
|                            | 名 称   |                                                                                                  |                |   |
|                            | 総契約者数 | 人                                                                                                | 座間市が援護する者の契約者数 | 人 |
|                            | 雇用形態※ | <input type="checkbox"/> 常勤職員<br><input type="checkbox"/> 非常勤職員<br><input type="checkbox"/> 外部委託 |                |   |
|                            | 勤務日数  | 日／月（雇用時間：週 時間）                                                                                   |                |   |
|                            | 雇用日   | 年 月 日                                                                                            |                |   |

※ 雇用形態について該当する形態にチェックしていただき、非常勤職員の場合は、勤務日数等を御記入ください。