

年 月 日

（提出先）
港区長

（就業先）

所在地

法人名

代表者名

印

港区障害者（児）喀痰吸引等研修受講料助成事業就業証明書

次の者を従業者として雇用していることを証明します。

被雇用者	住所	
	氏名	
就業先事業所	所在地	
	名称	
雇用形態	<input type="checkbox"/> 常勤職員 <input type="checkbox"/> 非常勤職員（勤務日数：週 日） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
就業開始日	年 月 日	

事務担当者：

連絡先電話番号：