

(別紙1)

令和 年 月 日

佐賀県知事 様

在職証明及び勤務継続の意思等の確認書

|                       |                                                                                               |                           |  |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--|
| 従業者                   | 氏名 (ふりがな)                                                                                     | ( )                       |  |
|                       | 住所及び連絡先<br>(従業者分)<br>通常、県から直接連絡することはありませ<br>ん。本補助事業のアン<br>ケートを依頼すること<br>があれば、連絡するこ<br>とがあります。 | 〒 -                       |  |
|                       |                                                                                               | 連絡電話番号:<br>メールアドレス:       |  |
|                       | 生年月日                                                                                          | 昭和・平成 年 月 日               |  |
| 従<br>業<br>事<br>業<br>所 | 運営主体の名称<br>(事業所を設置する法人名)                                                                      |                           |  |
|                       | 事業所<br>(従業者の勤務先)                                                                              | 〒 -<br>事業所名:              |  |
|                       | 事業所連絡先                                                                                        | 電話番号: 担当者氏名:              |  |
| 勤<br>務<br>形<br>態      | 事業所での職種<br>及び職務内容                                                                             | 1. 介護職員 2. 訪問介護員<br>職務内容: |  |
|                       | 事業所勤務期間                                                                                       | 平成・令和 年 月 日 ~ 現在          |  |

|           |                                                                  |
|-----------|------------------------------------------------------------------|
| 勤務先<br>証明 | 勤務先住所:<br>勤務先の名称:<br>代表者の職・氏名:<br><br>上記の者は、当事業所に勤務していることを証明します。 |
|           | 証明担当部署: 責任者:<br>担当者所属: 役職、氏名:<br>連絡先:                            |

|                                                                 |                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 従業者本人<br>確認欄<br>(従業者本人が<br>「有」又は<br>「無」を選択<br>し、自署で署名<br>すること。) | 本人が、引き続き本事業所に勤務することの意思<br><br>有 ・ 無<br><br>本人署名欄(自署)<br>「無」を選択した場合には、補助金は交付されません。 |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|