

勤 務 証 明 書

氏名	
住所	
雇用期間	年 月 日 ~ 現在
勤務場所	事業所名 事業所住所
サービス提供実績	<p>① 提供サービス（いずれかに○をしてください。） ※上記「重度訪問介護従業者・障害者ガイドヘルパー研修費用助成」の申請者が申請予定の研修に対応するサービスに限る</p> <p>移動支援 ・ 同行援護 ・ 重度訪問介護</p> <p>② サービス利用者の住所・氏名（箕面市利用者に限る） （利用者住所） 箕面市 （利用者氏名）</p> <p>③ サービス提供年月 令和 年 月 から</p>

上記のとおり証明します。

年 月 日

事業者住所

事業者名

代表者の職・氏名

記入担当者の部署・氏名

連絡先（ ）

-

勤務証明書

氏名	箕面 太郎
住所	大阪府箕面市萱野五丁目8番1号
雇用期間	令和5年4月1日 ~ 現在
勤務場所	事業所名 ゆずる介護事業所 事業所住所 箕面市西小路4-6-1
サービス提供実績	① 提供サービス (いずれかに○をしてください。 ※上記「重度訪問介護従業者・障害者ガイドヘルパー研修費用助成」の申請者が申請予定の研修に対応するサービスに限る ○移動支援 ・ 同行援護 ・ 重度訪問介護 ② サービス利用者の住所・氏名 (箕面市利用者に限る) (利用者住所) 箕面市萱野5-8-1 (利用者氏名) 紅葉 花子 ③ サービス提供年月 令和5年4月 ~ 現在

【氏名～職務の内容】

「重度訪問介護従業者・障害者ガイドヘルパー研修費用助成」の申請者(以降「申請者」)の情報を記載してください。

【サービス提供実績】

申請者が箕面市利用者へ提供したサービス実績(直近)を記載してください。

(例)申請予定の研修が「知的障害者移動支援従業者養成研修課程」であり、令和5年4月から、箕面市利用者(知的障害者)である「紅葉 花子」の移動支援に従事している場合

上記のとおり証明します。

令和6年4月20日

事業者住所 箕面市西小路4-6-1

事業者名 株式会社ゆずる

代表者の職・氏名 代表取締役 滝の道 ゆずる

記入担当者の部署・氏名 総務課 箕面 太郎

連絡先 (072) ×××-□□□□

申請者が勤務する事業所の事業者(法人)の情報を記載してください。