

文京区長 殿

法人所在地

法人名

代表者

（署名又は記名押印してください。）

担当者氏名

連絡先電話番号

雇用証明書兼推薦書

下記の者は、証明日現在、常勤の介護職員として在職していることを証明いたします。

また、就業継続の意思が認められることから、文京区介護職員奨学金・公的資金返済支援補助事業の対象者として推薦します。

記

| | | |
|------------------|--------|-------|
| 被 雇 用 者 | 住所 | |
| | 氏名 | |
| | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 勤務先所在地 | |
| | 勤務先住所 | |
| | 勤務開始日 | 年 月 日 |
| | | |

※ 「常勤」とは、週32時間以上勤務する場合をいう。

※ 証明日は、申請日前1月以内であること。