

(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 (従業者分) 通常、県から直接連絡することはありません。本補助事業のアンケートを依頼することがあれば、連絡することがあります。	〒 - 連絡先電話番号： メールアドレス：
	生年月日	昭和・平成 年 月 日
従業事業所	運営主体の名称 (事業所を設置する法人名)	
	事業所 (従業者の勤務先)	〒 - 事業所名：
	事業所連絡先	電話番号： 担当者氏名：
勤務形態	事業所での職種及び職務内容	1. 介護職員 2. 訪問介護員 職務内容：
	事業所勤務期間	平成 年 月 日～現在

勤務先証明	勤務先住所： 勤務先の名称： 代表者の職・氏名： 代表者印 上記の者は、当事業所に勤務していることを証明します。
-------	-----------------------------------------------------------------------

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