（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・令和　　　　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：  　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：  担当者所属：　　　　　　　　　　　　役職、氏名：  連絡先： | |

|  |  |
| --- | --- |
| 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。 |