

(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。	〒 -  連絡電話番号: メールアドレス:
	生年月日	昭和・平成 年 月 日
従事業所	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。
---	--