

練馬区介護福祉士資格取得支援助成金交付申請に係る事業者証明書

申請者 **練馬 花子** は、**令和 3 年 2 月 10 日** 付で本事業所に採用された職員です。現に本事業所に就労していることについて、下記のとおり証明します。

記

登録日（登録後に採用された場合は採用日）が月の末日の場合は、6 か月後の末日を記入
（例：4 月 1 日採用・4 月 30 日登録の場合、登録日以後 6 か月間就労した日は 10 月 31 日）

- (1) 介護福祉士の資格登録日（資格登録後に採用された場合は採用日）以降、**令和 8 年 10 月 5 日** 付けで介護職員または障害福祉サービス従事者として継続して 6 か月間就労したこと。
- (2) 介護福祉士の資格登録日（資格登録後に採用された場合は採用日）以降、**令和 8 年 8 月 15 日** 付けで 90 日従事したこと。

証明年月日：**令和 8 年 10 月 19 日**

事業者証明欄記入日です。要件を満たした日以降の日付をご記入ください。

事業所

事業者証明欄の内容を訂正する場合、こちらと同じ印を押して訂正してください。

申請期間は、すべての要件を満たした日の翌日から 3 か月以内です。事業者証明欄記入日からの起算ではありません。

所在地 **練馬区豊玉北〇〇**

名称 **医療法人〇〇会 〇〇ケアサービス桜台**

代表者 **練馬 太郎**

連絡先 **03-XXXX-XXXX**

印

事業者印
または
代表者印

申請者が勤務する 区内事業所の情報 を記載してください。
※法人の所在地等は記載しません。