別記様式第２号（第８条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

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。