

《 雇用主・事業主の方へ（お願い） 》

世田谷区手話講習会の受講要件確認にあたり重要な書類となりますので、正確にご記入ください。
訂正がある場合は、勤務先担当者の訂正印を押してください。修正液での訂正は認められません。
不明な点は貴事業所取扱い担当者の方に照会させていただくことがあります。

障害福祉部 障害施策推進課 事業担当 電話 03-5432-2388

勤務証明書

年 月 日

会社名

代表者氏名

印

所在地

電話番号

担当者氏名

次の者は、本事業所に就労していることを証明します。

就 労 者 氏 名	
就 労 者 住 所	
事 業 所 名	
勤 務 先 住 所	
週 の 勤 務 時 間	1 週間のうち、【 】時間勤務