

〔トライアル雇用助成金（一般トライアルコース）関係〕  
**職業紹介証明書**

(ふりがな)	
① 対象者氏名	
② 対象者生年月日	昭和・平成 年 月 日
③ 紹介先事業所名	
④ 紹介年月日	年 月 日
⑤ トライアル雇用求人受理日	年 月 日

上記の者は、当職業紹介事業者等よりトライアル雇用の対象者として紹介した者であることを証明します。  
 なお、上記①から⑤の記載内容は、上記の者に確認済みである。  
 また、本紹介により、トライアル雇用での雇入れが決定した場合は、トライアル雇用対象者確認票及び  
 対象者確認書類を事業主に交付することについて、上記の者の同意を得ています。

年 月 日

職業紹介事業者等
名 称
認可(許可)番号
住 所
電 話 番 号
代 表 者 氏 名
担 当 者 氏 名

※ トライアル雇用を開始する場合は、トライアル雇用実施計画書に本証明書と後日交付する  
 対象者確認書類等を添付し、トライアル雇用開始日から2週間以内にトライアル雇用に係る  
 雇用保険適用事業所の所在地を管轄する都道府県労働局又は公共職業安定所に提出して  
 ください。

備考欄 ※職業紹介事業者等が記載
本対象者が実施要領第1の3(1)の二において該当する要件に○ (イ) ・ (ロ) ・ (ハ) ・ (ニ) ・ (ホ) ※(ホ)の場合： a ・ b ・ c ・ d ・ e ・ f ・ g ・ h ・ i ・ j