別紙１－２（様式第１号関係）　　　　　　　　　　　　　　（支援対象法人等用）

勤務証明書

　支援対象者　　氏　　名

　　　　　　　　生年月日　　　年　　月　　日

上記の者は、次のとおりであることを証明する。（該当する項目の（　）に〇印）

　（　）介護職員初任者研修の受講期間中に当施設に就職し、研修修了後１か月以上

　　　継続して勤務している（した）。

（　）介護職員初任者研修を修了した日から１か月を経過する日との間に当施設に

　　　就職し、１か月以上継続して勤務している（した）。

　（　）介護職員初任者研修を受講する前に当施設に就職し、研修修了後１か月以上

　　　継続して勤務している（した）。

|  |  |
| --- | --- |
| 就職年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 修了年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 在職の有無 | 現在、在職して　 いる　・　いない |
| （注意）「いる」又は「いない」のいずれかに○を付けてください。  「いない」に○を付けた場合は、退職年月日を記載してください。 |
| 退職年月日　　　　　　年　　　月　　　日  **※既に退職している場合にのみ記載** |
| 仕事の内容 |  |
| 当該職員の  労働時間 | １日当たりの所定労働時間　　　　　　　　　　時間 |
| １週間当たりの所定労働時間　　　　　　　　　時間 |

　　　　　年　　　月　　　日

勤務先　法　　　人　　　名

　　　　　　　　　　住　　　　　　　所

　　　　　　　　　　施　　　設　　　名

　　　　　　　　　　代表者役職名・氏名

　　　　　　　　　　担当者氏名

　　　　　　　　　　電話番号