様式第３号（第７条関係）

年　　　月　　　日

那須塩原市長　様

所在地

　名称

代表者氏名

介護事業所就労状況証明書

那須塩原市介護福祉士資格取得支援助成金の交付申請のため、次のとおり就労していることを証明します。

| 被雇用者 | 氏　　名 |  |
| --- | --- | --- |
| 住　　所 |  |
| 就労先事業所 | 名　　称 |  |
| 所 在 地 |  |
| 雇用形態 | □　正規職員  □　非常勤職員、パート、アルバイト  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 職員として就労を開始した日 | 年　　月　　日 | |
| 本件に係る法人の連絡先 | 部 署 名 |  |
| 担 当 者 |  |
| 電話番号 |  |

注１　訪問介護事業所等に登録をし、事業者から指示された時間帯だけ労務を提供する場合は、「その他」欄に「登録」と記載してください。

注２　雇用形態が「登録」の場合は、登録日ではなく、実働開始日を就労を開始した日としてください。