

様式第3号（第5条関係）

雇 用 証 明 書

(宗像市介護職員等資格取得等支援補助金交付申請用)

年 月 日

宗像市長あて

(証明有効期間は発行から30日以内)

宗像市介護職員等資格取得等支援補助金の交付に係る対象者の雇用につき、下記のとおり証明します。

1. 雇用主及び雇用事業所 ※雇用事業所は、市内所在事業所のみ対象（法人所在地は市外でも可）

雇用主 (運営法人)	法人名			
	所在地			
	電話番号		代表者氏名	
雇用 事業所	事業所名			
	事業所番号		サービス種別	
	所在地	宗像市		
	電話番号		管理者氏名	

2. 被雇用者（対象者）

被雇用者	氏名	職種	雇用形態	常勤・非常勤
------	----	----	------	--------

3. 雇用証明 ※雇用期間は同一事業所での雇用であること（同一法人内の市内事業所間の異動可）

市内 在住者	対象者については、当事業所において右記の研修修了日又は資格登録日以降介護職員として現在においても雇用していることを証します。	雇用契約日（勤務開始日）	年 月 日
		研修修了日又は資格登録日 (複数申請する場合は直近の日)	年 月 日
市外 在住者	対象者については、当事業所において現在介護職員として雇用しているとともに、右記の研修修了日又は資格登録日以降、 260時間以上（休憩時間を除く） の勤務実績があることを証します。	雇用契約日（勤務開始日）	年 月 日
		研修修了日又は資格登録日 (複数申請する場合は直近の日)	年 月 日
		上記修了日等から現在（雇用証明書発行日）までの勤務時間数	時間（休憩時間を除く）
同一法人内の 市内事業所の 異動があった 場合	対象者については、上記同一法人の右記事業所で、右記の雇用期間において介護職として雇用していたことを証します。 (シフト表を添付)	雇用期間	年 月 日 ～ 年 月 日
		前雇用事業所名（市内）	

4. 法人、事業所による当該研修又は資格の補助 ※補助がある場合は、補助額が分かる書類を添付

無 ・ 有	有の場合の補助額	円
-------	----------	---

5. 担当者（記入者）

氏名	電話番号
----	------