第２号様式（第７条関係）

釧路市介護人材確保支援事業　雇用証明書

　　年　　月　　日

釧路市長　あて

　　　　　　　　　　　　　証明者　住　　所

法 人 名

代表者職名

　下記の者については、　　　　年　　　月　　　日現在当法人において介護職員として雇用していることを証明します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住所 | |  | |
| 氏名（フリガナ） | |  | |
| 生年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 勤　務  事業所 | 名　称 |  | |
| 所在地 |  | |
| 介護サービス種別 | |  | |
| 従事する職種 | |  | |
| 雇用契約年月日 | | 年　　月　　日 | 事業所配置年月日  （雇用年月日と異なる場合）  令和　　年　　月　　日 |
| 勤務期間 | | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | |
| その他 | | □ 過去に釧路市介護人材確保育成支援事業業務委託を活用して介護サービス事業所に採用されたことがない  □ 過去に釧路市介護人材確保支援事業補助金の対象となった介護職員等ではない | |

上記に相違ありません。

　　　　年　　月　　日

　介護職員署名