

令和〇年度 雇用証明書(大村市介護人材確保・定着応援金)

フリガナ	オオムラ タロウ			
氏名	大村 太郎	生年月日(年齢)	平成 〇年 〇月 〇日(〇〇歳)	
住所	大村市本町458番地2	電話番号	0957-20-7301	
資格登録年月日	令和 〇年 〇月 〇日	メールアドレス	abcdefg@hijk.jp	
職歴 (過去3年分)	勤務先(事業所名)	雇用形態※1	職種※2	勤続期間(和暦)
	(注1)職歴について、現在勤務されている事業所から上から順になるように記載してください。 大村介護事業所 ☒ 介護事業所等 ☐ 上記以外	☒ 週 月 38時間45分) ☒ 常勤 ☐ 非常勤	☒ 介護業務(介護職員) ☐ その他	令和〇年 〇月 〇日から 現在 まで
	(注2)同一の勤務先に在籍している場合であっても、在籍中に雇用形態や職種に変更があれば別欄で記載してください。 株式会社おおむら ☐ 介護事業所等 ☒ 上記以外	☒ 週 月 38時間45分) ☒ 常勤 ☐ 非常勤	☐ 介護業務() ☒ その他	令和〇年 〇月 〇日から 令和〇年 〇月 〇日まで
	(注3)記入欄が足りない場合は、裏面に記載してください。 有料老人ホーム大村 ☒ 介護事業所等 ☐ 上記以外	☒ 週 月 20時間 0分) ☐ 常勤 ☒ 非常勤	☒ 介護業務(生活相談員) ☐ その他	令和〇年 〇月 〇日から 令和〇年 〇月 〇日まで
	☐ 介護事業所等 ☐ 上記以外	(週・月 時間 分) ☐ 常勤 ☐ 非常勤	☐ 介護業務() ☐ その他	年 月 日から 年 月 日まで
※1 雇用形態について(週・月 時間 分)内に1週間又は1月の所定労働時間数を記載してください。 常勤:1週間につき32時間以上又は1月につき128時間以上(大村市介護人材確保・定着応援金交付要綱第2条第7号に規定する措置が講じられている場合にあっては、1週間につき30時間以上又は1月につき120時間以上)勤務する勤務形態により、継続した勤務を行うもの。 非常勤:1週間につき20時間以上又は1月につき80時間以上勤務する勤務形態(常勤に該当するものを除く。)により、継続した勤務を行うもの。 ※2 職種について () 内に主となる職種を記載してください。				
就職日以降の休業又は休職の取得状況	休業又は休職の種類	取得の有無	取得期間(和暦)	
	産前産後休業	あり・なし	年 月 日～ 年 月 日	
	育児休業	あり・なし	年 月 日～ 年 月 日	
	介護休業	あり・なし	年 月 日～ 年 月 日	
	その他の休業	☒ あり なし	令和〇年 〇月 〇日～ 令和〇年 〇月 〇日 休業の内容:産前産後休業及び育児休業	
(注1)複数回同じ内容の休業を取得されている場合、2回目以降はその他の休業欄に記入してください(産前産後から育児休業など連続して取得されている場合はまとめて記入していただいて構いません。)	その他の休業			
(注2)記入欄が足りない場合は、裏面に記載してください。	休職	あり・なし	年 月 日～ 年 月 日	
		休職の内容:		

【現在の勤務先の証明】
現在、上記職員が上記のとおり 令和〇年3月1日(基準日)において本事業所の介護従事者として勤務していることを証明します。

証明年月日 令和〇年3月〇日

住所 大村市玖島1丁目25番地

介護事業所等の名称 大村介護事業所

代表者氏名 大村 花子 

職歴 (過去3年分) (注1) 職歴について、上から順になるように記載してください。 (注2) 同一の勤務先に在籍している場合であっても、在籍中に雇用形態や職種に変更があれば別欄で記載してください。	勤務先(事業所名)	雇用形態※1	職種※2	勤続期間(和暦)
	☐介護事業所等 ☐上記以外	(週・月 時間 分) ☐常勤 ☐非常勤	☐介護業務 () ☐その他	年 月 日から 年 月 日まで
	☐介護事業所等 ☐上記以外	(週・月 時間 分) ☐常勤 ☐非常勤	☐介護業務 () ☐その他	年 月 日から 年 月 日まで
	☐介護事業所等 ☐上記以外	(週・月 時間 分) ☐常勤 ☐非常勤	☐介護業務 () ☐その他	年 月 日から 年 月 日まで
	☐介護事業所等 ☐上記以外	(週・月 時間 分) ☐常勤 ☐非常勤	☐介護業務 () ☐その他	年 月 日から 年 月 日まで
	☐介護事業所等 ☐上記以外	(週・月 時間 分) ☐常勤 ☐非常勤	☐介護業務 () ☐その他	年 月 日から 年 月 日まで
	☐介護事業所等 ☐上記以外	(週・月 時間 分) ☐常勤 ☐非常勤	☐介護業務 () ☐その他	年 月 日から 年 月 日まで
※1 雇用形態について(週・月 時間 分)内に1週間又は1月の所定労働時間数を記載してください。 常勤: 1週間に付き32時間以上又は1月に付き128時間以上(大村市介護人材確保・定着応援金交付要綱第2条第7号に規定する措置が講じられている場合にあっては、1週間に付き30時間以上又は1月に付き120時間以上)勤務する勤務形態により、継続した勤務を行うもの。 非常勤: 1週間に付き20時間以上又は1月に付き80時間以上勤務する勤務形態(常勤に該当するものを除く。)により、継続した勤務を行うもの。 ※2 職種について () 内に主となる職種を記載してください。				
就職日以降の休業又は休職の取得状況	休業又は休職の種類	取得期間(和暦)		
	その他の休業	年 月 日～ 年 月 日		
		休業の内容:		
	その他の休業	年 月 日～ 年 月 日		
		休業の内容:		
	その他の休業	年 月 日～ 年 月 日		
休業の内容:				
休職	年 月 日～ 年 月 日			
	休職の内容:			
休職	年 月 日～ 年 月 日			
	休職の内容:			