

令和〇年度 雇用証明書(大村市介護福祉士資格取得応援金)

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) (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。 (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。 (注3)記入欄が足りない場合は、裏面に記載してください。	勤務先(事業所名)	職種※	勤続期間(和暦)
	大村介護事業所 <input checked="" type="checkbox"/> 介護事業所等 <input type="checkbox"/> 上記以外	<input checked="" type="checkbox"/> 介護業務(介護職員) <input type="checkbox"/> その他	令和〇年 〇月 〇日から 現在 まで
	株式会社おおむら <input type="checkbox"/> 介護事業所等 <input checked="" type="checkbox"/> 上記以外	<input type="checkbox"/> 介護業務() <input checked="" type="checkbox"/> その他	令和〇年 〇月 〇日から 令和〇年 〇月 〇日まで
	有料老人ホーム大村 <input checked="" type="checkbox"/> 介護事業所等 <input type="checkbox"/> 上記以外	<input checked="" type="checkbox"/> 介護業務(生活相談員) <input type="checkbox"/> その他	令和〇年 〇月 〇日から 令和〇年 〇月 〇日まで
	<input type="checkbox"/> 介護事業所等 <input type="checkbox"/> 上記以外	<input type="checkbox"/> 介護業務() <input type="checkbox"/> その他	年 月 日から 年 月 日まで
※ 職種について () 内に主となる職種を記載してください。			
資格を取得した日以降の休業又は休職の取得状況 (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きます。) (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	令和〇年 〇月 〇日～ 令和〇年 〇月 〇日
	その他の休業	あり・なし	年 月 日～ 年 月 日
	休業の内容:		
	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)	職種※	勤続期間(和暦)		
	<input type="checkbox"/> 介護事業所等 <input type="checkbox"/> 上記以外	<input type="checkbox"/> 介護業務 () <input type="checkbox"/> その他	年 月 日から 年 月 日まで		
	<input type="checkbox"/> 介護事業所等 <input type="checkbox"/> 上記以外	<input type="checkbox"/> 介護業務 () <input type="checkbox"/> その他	年 月 日から 年 月 日まで		
	<input type="checkbox"/> 介護事業所等 <input type="checkbox"/> 上記以外	<input type="checkbox"/> 介護業務 () <input type="checkbox"/> その他	年 月 日から 年 月 日まで		
	<input type="checkbox"/> 介護事業所等 <input type="checkbox"/> 上記以外	<input type="checkbox"/> 介護業務 () <input type="checkbox"/> その他	年 月 日から 年 月 日まで		
	<input type="checkbox"/> 介護事業所等 <input type="checkbox"/> 上記以外	<input type="checkbox"/> 介護業務 () <input type="checkbox"/> その他	年 月 日から 年 月 日まで		
	<input type="checkbox"/> 介護事業所等 <input type="checkbox"/> 上記以外	<input type="checkbox"/> 介護業務 () <input type="checkbox"/> その他	年 月 日から 年 月 日まで		

※ 職種について () 内に主となる職種を記載してください。

資格を取得した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		
	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: