

雇 用 契 約 証 明 書

年 月 日

柏崎市長 様

介護施設 所在地
 名称
 代表者職・氏名
 電話番号
 担当者名

新潟県柏崎市介護職員就職支援事業補助金交付要綱に基づく補助金の申請のため、下記の事項について相違ないことを証明します。

記

フリガナ			
雇用した者の氏名		生年月日	年 月 日
職 種	(勤務施設：)		
雇用開始年月日	年 月 日		
条件確認 ※該当するものに☑	勤務条件	<input type="checkbox"/> 1週間の勤務時間が1年を平均して35時間以上又は1か月の勤務時間が140時間を超える雇用条件である。 <input type="checkbox"/> 雇用開始日から3年以上継続して雇用する契約を結んでいる。	
	採用条件	<input type="checkbox"/> 新規採用職員であり、同一系列施設等からの異動ではない。 <input type="checkbox"/> 6月以上休職した後に介護施設へ新たに就職した。	