

柏崎市介護職員就職支援事業補助金在籍証明書

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第10条の規定に基づく在籍報告のため、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		生年月日	年 月 日
雇用した者の氏名			
職 種	(勤務施設：)		
雇用開始年月日	年 月 日		
休職期間 (該当する場合のみ)	年 月 日 ~ 年 月 日 (か月間)		
雇用経過年月日	年 月 日 年経過		
事業完了予定日			
資格取得日	年 月 日		
現在の状況	雇用継続中 又は 年 月 日退職		
雇用条件確認	<input type="checkbox"/> 該 当 <input type="checkbox"/> 非該当	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(であった。)	
その他 (退職の場合に記入)	退職理由	<input type="checkbox"/> 別法人の市内介護施設に就職 <input type="checkbox"/> 他の業種に転職 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	退職者の電話番号	— —	