第７号様式（第１０条関係）

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 | □該　当  □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 | * 別法人の市内介護施設に就職 * 他の業種に転職 * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 退職者の  電話番号 | －　　　　　　　－ | | | |