

様式第9号（第11条関係）

守山市介護職員就職支援事業補助金在籍報告書

守山市長 あて

年 月 日

法人 所在地
名称
代表者職・氏名
電話番号
担当者名

守山市介護職員就職支援事業補助金交付要綱第11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						
勤務する 介護施設	名称					
	所在地					
雇用開始年月日	年 月 日					
雇用経過年月日	年 月 日 年経過					
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。）。				
長期休暇確認※	☐ 該 当 ☐ 非該当	年 月 日 から 年 月 日 まで（合計 日間）				

※勤務期間の中で1週間以上の長期休暇があった場合に、該当欄にチェックおよびその期間について記入してください。