

雇 用 契 約 証 明 書

年 月 日

守山市長 あて

法人 所在地
 名称
 代表者職・氏名
 電話番号
 担当者名

守山市介護職キャリアアップ促進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		生年月日	年 月 日
雇用した者の氏名			
職 種			
勤務する 介護施設等	名称		
	所在地		
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20時間以上または1か月の勤務時間が80時間を超える雇用条件である。 <input type="checkbox"/> 現に本事業所に就労していることおよび離職の予定がない。	

取得資格	介護福祉士 ・ 介護支援専門員		
上記資格取得時に勤務していた介護施設	名称		
	所在地		