第７号様式（第９条関係）

添付書類

就　業　証　明　書

　　　　　　　　住　所

　　研修修了者

　　　　　　　　氏　名

　上記の者は、　　　　　年　　　月　　　日から、当法人が運営する介護サービス事業所にて介護職員として３か月以上就業し、また本証明書の発行日現在においても、継続して就業していることを証明します。

発行日　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 運営法人 | 所在地 |  |
| 法人名 |  |
| 代表者職氏名 |  |
| 電話番号 |  |

※運営法人の所在地は、市内・市外問いません。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 就業先事業所 | 所在地 |  |
| 事業者名 |  |
| 管理者職氏名 |  |
| 電話番号 |  |

※就業先事業所は、草加市内のみ対象とします。

|  |  |
| --- | --- |
| 確認欄 | 介護職員初任者研修に係る受講料等の補填  　□補填なし　　　　□補填あり（金額　　　　　　　　　　円） |
| １週間当たりの所定労働時間  　□２０時間以上　　□２０時間未満 |

記載者：所属（職）　　　　　　　　　　氏名

　　　　電話番号