

（宛先）村上市長

介護事業所
所在地
名 称
代表者職・氏名
電話番号
担当者名

村上市介護人材確保推進事業給付金在籍証明書

村上市介護人材確保推進事業給付金支給要綱第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

雇用した者の氏名		生年月日	年 月 日
雇用した者の在籍事業所名及び所在地			
職 種			
雇用年月日	年 月 日		
雇用経過年月日	年 月 日現在 年経過		
現在の状況	雇用継続中 又は 年 月 日退職		
勤務条件確認	<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年を通して1か月の勤務時間が140時間を超える勤務である。 （であった）	