

(第2号様式)

令和 年 月 日

川崎市介護職員初任者研修受講・就労促進事業就業証明書

川崎市長 あて

所在地
法人名
代表者名

次の者を介護職員として3か月以上雇用していることを証明します。

被雇用者	氏名		
	住所		
就業先 事業所 ^{※1}	名称		提供している主な介護保険サービス事業又障害福祉サービス
	所在地		
雇用形態 ^{※2}	<input type="checkbox"/> 正規職員 <input type="checkbox"/> 非常勤職員、パート、アルバイト <input type="checkbox"/> その他 ()		
	勤務日数 (週 日間) 1日の勤務時間 (時間)		
就業日 ^{※3}	介護職員として令和 年 月 日から か月間継続して就業しています。		
本件に係る 事務担当者		連絡先 電話番号	

※1：就業先事業所は川崎市内のみ対象とします。(法人の所在地は市外でも構いません)

また、介護保険サービス事業所又は一部の障害福祉サービス事業所等のみ対象とし、住居型有料老人ホーム等は対象となりませんので御注意ください。

事業所が提供している主な介護保険サービス事業又障害福祉サービスは、要綱別表1若しくは2の中から1つ選択し、御記入ください。

※2：就業先事業所において直接雇用されていない場合(派遣社員等)は対象となりません。

訪問介護事業所等に時給で働く登録をし、事業者から指示された時間帯だけ労務を提供する場合は、「その他」欄に「登録」と記載してください。また、この場合は、直近1か月間の平均的な勤務日数・勤務時間を記載してください。

※3：就業日及び現在までの継続月数(1か月に満たない日数は切り捨て)を記載してください。

雇用形態が上記2の「登録」の場合は、登録日ではなく、実働開始日を就業日としてください。