参考様式

就業証明書

事業所証明欄（現在お勤めの事業所がご記入ください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | 採用年月日 | 勤務先 |
|  | 　　　年　　月　　日 | 　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 介護職員等として３月以上勤務している(利用者に直接介護を行う従事者・訪問介護員であり、兼務も含むこととする) | 該当・非該当 |
| 勤務形態※ | 　　　　　常勤・常勤以外（非常勤） |
| 本研修について事業主の補助の有無 | 有　　・　　無 |
| 有の場合の補助額 | 受講料に対する補助額 | 円 |
| 手数料・研修教材費に対する補助額 | 円 |
| 勤務形態が「非常勤」の場合における申請日から遡って３月の間の週平均の勤務実績 |
| 月　 | 週平均勤務時間　　　時間 |
| 月　 | 週平均勤務時間　　　時間 |
| 月　 | 週平均勤務時間　　　時間 |

※常勤職員は、事業所で定められている常勤の所定労働時間（1週間で最大４０時間：フルタイム）の勤務をしている職員を指す

　上記の者を　　　　年　　月　　日から採用し、現在も勤務していることを証明します。

　　　　　年　　月　　日

法人所在地

法人名

代表者役職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

参考様式

活動実績証明書

（登録団体がご記入ください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 生年月日 |
|  | 　　　　　　　　 |
| 活動の別 |
| 生活支援サポートセンター協力員　・　シルバー人材センター登録者 |
| 申請時点から遡って３年の間に訪問型サービスに従事した時間 |
| 年　 | 従事時間累計　　　時間 |
| 年　 | 従事時間累計　　　時間 |
| 年　 | 従事時間累計　　　時間 |

　上記のとおり、相違ないことを証明する。

　　　　　年　　月　　日

所在地

団体名

代表者役職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞