中央区介護人材確保支援事業

採 用 証 明 書

※太枠内を記入して下さい。□の部分は該当欄にレを付けて下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 採用された者 | 氏名 |   |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　　　日 |
| 雇用開始日 | 年　　 　 月　 　 　　　日 |
| 従事する職種 | 　　介護職 |
|  |
| **雇用形態** | **期間** |
| 1. 常用
 | ①期間の定め無　□ |
| ②期間の定め有 （４か月以上） □　 |
| ２．パート・アルバイト | ①期間の定め無　□　　 |
| ②期間の定め有　□（　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日） |
| ３．日雇い・１か月未満の雇用 | □ 日雇い □ １か月未満 |
| ４．派遣 | 派遣期間 | * 4か月以上
 |
| * 1か月以上4か月未満
 |

上記のとおり証明します。

令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　事業所　　所 在 地

電　　話

印

　　　　　　　　　　　　　　　名　　称

社印または代表者印

　　　　　　　　　　　　　　　部署名・担当者名

**＜採用担当者様にお願い＞**

この証明書は、中央区介護保険課にて実施した「令和4年度 介護人材確保支援事業」に受講した就職状況を集計するためのものです。データ集計以外に利用することはなく、個人名や企業名が公表されることもありません。

お手数ですが、記入捺印のご協力をお願いいたします。

■記入要領

＜雇用形態＞　下記参照の上、ご記入願います。

|  |  |
| --- | --- |
| 常用 | 雇用契約において雇用期間の定めが無い、又は4か月以上の雇用期間が定められている者（季節労働者を除く） |
| パート・アルバイト | 1週間の所定労働時間が同一の事業所に雇用されている通常労働者の1週間の所定労働時間と比べ短い者。 |
| 派遣 | 労働者派遣事業者による派遣先である事業者で就労する仕事をする者。 |
| 日雇・1か月未満の雇用 | 安定所で取り扱われる日々雇用の仕事、および雇用形態を問わず1か月未満の雇用期間が定められている者。 |

お問い合わせは下記にお願いいたします。

■受託・運営会社　　株式会社シグマスタッフ　教育事業部

中央区介護人材確保支援事業　担当　山本

電話：03-6806-1211 FAX:03-6806-1210

E-mail: kyouiku\_adachi02@sigma-staff.co.jp