

勤務証明書

対象者 氏 名 ■■ ■■

上記の者は、次のとおりであることを証明する。

介護職員初任者研修または介護福祉士実務者研修を修了した者で、当該研修を修了した日から起算して3か月を経過する日までの間、継続して当施設に勤務している。

（※初任者研修を修了した者にあっては1週間当たりの所定労働時間が20時間以上、実務者研修を修了した者にあっては30時間以上の場合に限る。）

雇用契約年月日	令和 4 年 9 月 1 日		
研修修了年月日	令和 6 年 5 月 2 2 日		
勤務先	施 設 名	■■■■■■■■■■	
	サービスの種類	訪問介護	
在職の有無	現在、在職して <u>いる</u> ・ いない		
	(注意) 「いる」又は「いない」のいずれかに○を付けてください。 「いない」に○を付けた場合は、退職年月日を記載してください。		
	退職年月日	年	月 日
	※既に退職している場合にのみ記載		
対象者の労働時間	1週間当たりの所定労働時間 40時間		

概要版の補助対象事業所の中から記入してください。

証明日 令和 6 年 1 1 月 1 5 日

証明書は、交付申請日の1か月以内に発行されたものに限りします。

証明者 所 在 地 ●●●市●●●町■—■—■
法 人 名 ■■■■■■■■
代表者職名・氏名 ■■ ■■■■

施設の管理者ではなく、法人の代表者に証明をお願いします。