第２号様式（第６条関係）

介護職員雇用証明書

年　　　　月　　　　日

逗　子　市　長

住　所　　逗子市

申請者　事業所又は施設名

役　職・代表者氏名　　　　　　　　　　　　㊞

　次の者が本介護事業所又は本介護施設において、記載のとおり介護職員等として雇用していることを証します。

　なお、証明書の記載内容の確認のため逗子市長が必要と認めた場合は、記載内容に関する問い合わせについて回答するとともに、記載内容の証明ができる賃金台帳、雇用契約書、サービス提供記録、必要な書類等を指定期日までに提供します。

|  |  |
| --- | --- |
| 職員氏名 |  |
| 職員住所 |  |
| 職員の採用条件 | 勤務時間　週　　時間　　月額報酬(本給のみ)　　　　　　円  　時給換算の職員の場合　時給（各種手当は除く）　　　　　円 |
| 職員の保有資格 |  |
| 職員の勤務期間 | 年　　月　　日　　～　　年　　月　　日・勤務継続中 |
| 職種等  （当てはまる項目に〇） | ・介護福祉士　・介護支援専門員  ・その他（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　） |