

令和6年度介護職員初任者研修支援事業雇用証明書

作成日 令和 年 月 日

社会福祉法人茨城県社会福祉協議会会長 殿

法人名	_____
代表者名	_____ (印)
所在地	〒 _____
連絡先	_____
担当者名	_____

下記の者について、現在雇用していることを証明いたします。

記

対象者氏名	(生年月日 年 月 日)
採用時の事業所名	
採用時の職種	
採用日	令和 年 月 日
本書作成時点の状況 (該当事項を○)	① 採用時と同じ職種で雇用している ② 採用時とは異なる職種(事業所)で雇用している (現在の職種(事業所):) (現在の職種(事業所)に異動した日:)

※本書は、事業所等が記入及び押印をしてください。