

別記第3号様式

雇用状況等証明書

函館市長 様

下記のとおり職員の雇用状況等を証明します。

記

職員の氏名	(フリガナ)
職員の生年月日	年 月 日
事業所名	
事業所の所在地	
雇用の状況 (☑)	<input type="checkbox"/> 正規雇用 <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 介護職員等
基準日	年 月 日

※1 正 規 雇 用： 雇用契約書等において、雇用期間の定めのない雇用または雇用期間（試用期間等の定めがある場合はその期間を含む。）が1年以上である雇用

※2 常 勤： 週の労働時間が30時間以上の勤務形態であること。

※3 介護職員等： 主たる業務が、施設内における入浴介助、排泄介助もしくは食事介助などの身体上の介助、訪問による身体介護、生活援助もしくは移動支援またはこれらに準じる業務など利用者への直接介護等である者

※4 基 準 日： 初めて市内に所在する事業所で正規雇用かつ常勤の介護職員等として就労を開始した日。ただし、当該事業所との雇用契約等において、試用期間等の定めがある場合は、試用期間等を終えた日の翌日。

年 月 日

法人所在地

法人名

代表者名

印

連絡先