（第４号様式）介護職員初任者研修・生活援助従事者研修支援事業用

**在　籍　証　明　書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 在籍  者 |  |  | | |
| 住　所 | 〒 | | |
| 施設・事業所の名称 | |  | | |
| 施設・事業所の所在地 | |  | | |
| 従事する（している）  職　種 | |  | | |
| 雇用開始年月日 | | （雇用開始）  年　　月　　日 か ら | （雇用終了）  該当する□にチェックすること  □　　　　年　　月　　日 ま で  □証明日現在引き続き雇用中 |
| 在籍状況は上記のとおり相違ありません。    　　令和　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　〒  　　　　　　　　　　　　　　　所在地  　　　事業者名    代表者職氏名  　印    　　　　　　　　　　　　　　　TEL | | | | |

※　研修修了者ごとに作成してください

（第４号様式）介護職員初任者研修・生活援助従事者研修支援事業用

記入例

**在　籍　証　明　書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 在籍  者 |  |  | | |
| 住　所 | 〒753-00\*\*  山口市○○1234-5 | | |
| 施設・事業所の名称 | | デイサービス○○ | | |
| 施設・事業所の所在地 | | 山口市大手町9-6 | | |
| 従事する（している）  職　種 | | 介護職員 | | |
| 雇用開始年月日 | | （雇用開始）  ○○年〇〇月〇〇日 か ら | （雇用終了）  該当する□にチェックすること  □　　　　年　　月　　日 ま で  ☑証明日現在引き続き雇用中 |
| 在籍状況は上記のとおり相違ありません。    　　令和○○年○○月○○日  　　　　　　　　　　　　　　　〒753-0072  　　　　　　　　　　　　　　　所在地　　　山口市大手町9-6  　　　事業者名　　社会福祉法人　○○会    代表者職氏名  **公印**  　理事長　山口　太郎　　印    　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　　083-123-4567 | | | | |

※　研修修了者ごとに作成してください