（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（法人名等）　　　　　　　　　　　　　　　　　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（法人名等）　　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