

（宛先）五城目町長

在籍報告書

五城目町介護資格取得支援事業費補助金交付要綱第7条の規定に基づき在籍報告を提出します。

記

氏名			生年月日	年 月 日
勤 務 先	所 在 地	〒		
	事 業 所 名			
	職 種			
雇 用 年 月 日	年 月 日			
雇 用 形 態	<input type="checkbox"/> 正規職員 <input type="checkbox"/> 非常勤職員、パート、アルバイト <input type="checkbox"/> その他（ ） 勤務日数（週 日間） 1日の勤務時間（ 時間）			
雇 用 経 過 年 月 日	年 月 日時点で <input type="checkbox"/> 雇用開始から6カ月経過 <input type="checkbox"/> 研修終了日から1年経過			

※訪問介護事業所等に時給で働く登録をし、事業所から指示された時間帯だけ労務を提供する場合は、「その他」欄にチェックして「登録」としてください。この場合は、直近1か月の平均的な勤務日数・勤務時間を記載してください。  
 ※雇用形態が登録の場合は、登録日ではなく、実働開始日を雇用年月日としてください。  
 ※有効期間は、発行日から1か月間です。

事業所名  
 所在地  
 代表者職・氏名