

(別記第2 - 4号)

年 月 日

鹿児島県知事 殿

所在地
事業者(法人)名
代表者名

印

雇用状況報告書

鹿児島県地域医療介護総合確保基金事業(介護職員実務者研修受講促進事業費)補助金に係る代替職員の雇用状況を下記のとおり報告します。

記

○ 代替職員の雇用状況

No	雇用者 氏名	雇用形態	雇用者住所 (市町村名で可)	雇用期間
1				年 月 日～ 年 月 日
2				年 月 日～ 年 月 日
3				年 月 日～ 年 月 日
4				年 月 日～ 年 月 日
5				年 月 日～ 年 月 日
6				年 月 日～ 年 月 日
7				年 月 日～ 年 月 日
8				年 月 日～ 年 月 日
9				年 月 日～ 年 月 日
10				年 月 日～ 年 月 日

※ 「雇用形態」欄は、①新たに代替職員を雇用する場合は「新規」と、②派遣社員の場合は「派遣」と、③既に雇用している非常勤職員の勤務時間の延長等による場合は「既非」と記載すること。

※ 新規雇用の場合は雇用実績を証明する書類の写し(雇用契約書、社会保険・雇用保険加入を証するもの、労働条件通知書の写し、その他必要な書類)を添付すること。ただし、直接雇用による日雇就労の場合を除く。

※ 「雇用期間」欄は本事業の対象となる期間を記入すること。