

湯沢町長 様

在籍報告書

湯沢町介護人材確保支援事業補助金交付要綱第12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
在籍介護 サービス 事業所等	所在地	〒	
	名称		
	職種		
介護職員初任者研修又は介護職員 実務者研修修了式の終了日		年 月 日	
雇用年月日		年 月 日	
雇用経過年月日		年 月 日時点で <input type="checkbox"/> 雇用開始から1年経過 <input type="checkbox"/> 介護サービス事業所等勤務者は補助対象研修を修了した日から1年経過	

上記の事項について相違ないことを証明します。

所在地

法人名

代表者職・氏名

㊞

電話番号

担当者氏名