

セルの説明	要入力箇所
	要選択箇所
	入力不要箇所

見本

③雇用確条件等対象者確認書（報告様式3）

雇用条件等対象者確認書

【基本事項】

①法人名	社会福祉法人フクシロウ会		
②雇用施設等名	特別養護老人ホーム フクシロウの家		
③対象者氏名	福祉 花子	対象者管理番号	3 - ②
④雇用期間	2023/8/1	～	2024/1/31
⑤勤務形態	週30時間以上40		

応募時の事業計画書②採用予定事業所一覧【応募様式3-2】で記載した「事業所管理番号」及び「施設・事業所名」を正確に入力。丸数字は当該事業所での雇用順に①②③と採番。

入力すると、②雇用確定届（報告様式2）と、②実績報告書（実績報告様式1-1）のシートに、内容が自動反映するようになっています。

対象者が内容を確認し、自筆でチェックマークを記入

【確認事項】

※以下、対象者本人が確認し、自筆にてチェックマーク✓を記入する

雇用契約内容の確認	あなたは、「東京都介護職員就業促進事業」の対象者として、期雇用契約を締結し、週20時間以上40時間以内の勤務時間(5)の中で、介護労働に従事しながら対象の研修(6)を受講することについて、説明を受けましたか。	✓
離職状況の確認	あなたは、上記雇用期間の開始日時点で離職していますか(自営業や、他の法人でのパート・アルバイト・派遣を含めて勤務していない)	✓
勤務経験等の確認	雇用期間の開始前の勤務経験等について、該当するものを1つ選択してください。	<input checked="" type="checkbox"/> 離職者（勤務経験がある方 ※アルバイト含む） <input type="checkbox"/> 未就業者（勤務経験が無い方） <input type="checkbox"/> 主夫・主婦（配偶者がおり、直近5～10年間で勤務経験が無い方）
	あなたのこれまでの「介護業務経験(※)」について、該当するものを1つ選択してください。 ※「介護経験」とは、就労としての介護業務を指し、期間は問いません。家族介護やボランティア、介護実習は該当しません。	<input checked="" type="checkbox"/> 未経験者 <input type="checkbox"/> 経験者
	あなたは、これまでに一度も上記①の法人で勤務したことはないですか(パート・アルバイト・派遣を含めて勤務したことがない)	✓
継続雇用に関する説明	事業者(法人)から、上記雇用期間の終了後も、双方合意があれば継続雇用が可能であることについて説明を受け、現時点で上記雇用期間(4)の終了後も継続勤務する意思がありますか	✓
研修受講に関する説明	事業者(法人)から、上記雇用期間(4)内に対象の研修(6)を修了しなければならないことについて、説明を受けましたか	✓
	事業者(法人)から、研修受講時間も勤務時間に含まれる(賃金支払対象になる)ことについて、説明を受けましたか	✓
	事業者(法人)から、研修受講料の支払いは事業者(法人)が行うことについて、説明を受けましたか	✓
	事業者(法人)から、上記雇用期間(4)の途中で退職した場合に研修受講料を負担する可能性があるかどうか、また、負担する可能性がある場合は負担のしかた(金額等)について、説明を受けましたか	✓
業務に関する説明	事業者(法人)から、上記雇用期間(4)中、雇用されたサービス種別の介護事業所で介護労働に従事しなければならないこと、また、同一法人の他事業所(他のサービス種別)と兼務しないことについて、説明を受けましたか	✓

いずれか1つのみにチェック

令和 年 月 日

上記記載事項について確認しました。

氏名
(自署)

福祉 花子

対象者の自署(押印は不要)

※上記記載事項の個人情報は、介護職員就業促進事業以外の目的で使用されることはありません。