

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【記入例】

事業所管理番号：人材センターHPに掲載の「令和7年度訪問介護採用応援事業 採用予定事業所一覧」に記載されている「事業所管理No.」の番号を入力。丸数字は当該事業所での雇用順に①～と採番。

【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	2025/8/1	～	2026/4/30
⑤勤務形態	○	事業所管理番号通りの「施設・事業所名」を正確に入力。	
⑥雇用期間中受講する研修	初任者研修等修了者の研修受講は任意です。		

【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✓を記入すること。

雇用契約内容の確認	あなたは、「東京都訪問介護採用応援事業」の対象者として、上記の雇用期間(④)で有期雇用契約を締結し、週10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。 ※初任者研修等修了者の研修受講は任意		✓
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) ※「週10時間以上20時間未満」勤務の場合は、離職する必要はありません。		✓
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。	✓ 離職者（勤務経験がある）	対象者が内容を確認し、 自筆でチェックマークを記入 ※ダブルワーク該当者は「就業者」にチェック
		未就業者（勤務経験がない）	
		主夫・主婦（配偶者がおり、世帯の10時間未満の勤務経験は認めない）	
		就業者（週10時間以上20時間未満のダブルワークの方）	
	「経験者(※)」に該当しますか。いずれかを選択してください。 ※「経験者」とは、就労としての介護業務経験を有する者、または実務者研修修了者、または介護福祉士を指します。	✓ 経験者に該当する ※1事業所1人まで	いずれか1つのみにチェック ※経験者は1事業所1人まで
		経験者ではない	
	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ありませんか (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 ※初任者研修等修了者の研修受講は任意		✓
	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		✓
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		✓

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)