見本

㊦雇用条件等対象者確認書（雇用時報告様式3）

セルの説明	要入力箇所
	要選択箇所
	入力不要箇所

雇用条件等対象者確認書

人材センターHPIに掲載の「令和7年度介護職員就業促進事業 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

【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	～	2026/1/31	
⑤勤務形態	☐	週30時間以上40時間以下	☐	週20時間以上30時間未満
⑥雇用期間中に受講する研修	☐	入力すると、②雇用確定届(雇用時報告様式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。		

事業所管理番号通りの「施設・事業所名」を正確に入力。

【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、「東京都介護職員就業促進事業」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。	☒	離職者（勤務経験がある方 ※アルバイト・パート・派遣を含む）	対象者が内容を確認し、 自筆で チェックマークを記入
		☐	未就業者（勤務経験が無い方）	
	「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を指します。	☒	経験者に該当する ※1事業所につき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			✓
	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)