

# 見本

## ③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8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～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	フリガナ 氏名	フクシ ハナコ 福祉 花子	対象者管理番号 3 - ②
④雇用期間	2026/8/1	～	2027/
⑤勤務形態	<input type="radio"/> 週30時間以上40時間以内 <input type="radio"/> 週20時間以上30時間未満		
⑥雇用期間中に受講する研修	<input type="radio"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 離職者 (勤務経験がある方 ※ア) 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 type="checkbox"/> 未就業者 (勤務経験が無い方)	対象者が内容を確認し、 自筆でチェックマークを記入
	<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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。	
	<input type="checkbox"/> 経験者で	<input type="checkbox"/> 経験者に該当する。 ※1事業所につき1人まで	
継続雇用に関する説明	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)		✓
研修受講に関する説明	事業者(法人)から、上記雇用期間(④)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		✓
	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		✓
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 8 年 7 月 25 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)