

セルの説明

要入力箇所
要選択箇所
入力不要箇所

見本

③雇用条件等対象者確認書（雇用時報告様式3）

雇用条件等対象者確認書【基本事項】

人材センターHPに掲載の「令和8年度訪問系障害福祉サービス等職員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。

①法人名	社会福祉法人 フクシロウの会		
②雇用事業所等名	相談支援事業所フクシロウ		
③対象者氏名	フリガナ 氏名	フクシロウ 福祉 福郎	対象者管理番号 3 - ②
④雇用期間	2026/8/1	～	2
⑤勤務形態	週30時間以上40時間以下 ○		
⑥雇用期間中に受講する研修	サービス管理責任者研修及び児童発達支援管理責任者研修(基礎研修)【研修の修了又は資格の有無を問わない】		

【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、「東京都訪問系障害福祉サービス等職員採用応援事業」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、福祉・介護業務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) ※「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（勤務経験がある方 ※アルバイト含む）	対象者が内容を確認し、 自筆でチェックマークを記入 ※ダブルワーク該当者は「就業者」にチェック
		未就業者（勤務経験が無し）	
		主夫・主婦（配偶者がおり、専業主夫・専業主婦）	
		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、就労としての福祉・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障害福祉サービス等事業所で福祉・介護業務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 30日

上記記載事項について確認しました。

氏名
(自署)

福祉 福郎

対象者の自署(押印は不要)

※上記記載事項の個人情報は、訪問系障害福祉サービス等職員採用応援事業以外の目的で使用されることはありません。