

事業所名: 西新宿キャリア介護事業所(老健)

※事業所が複数箇所ある場合は、事業所ごとにこの用紙を作成してください。

## 東京都介護職員キャリアパス導入促進事業 異動(退職等)証明書

以下の者は、異動(退職等)により、当該事業所に勤務していないことを証明します。

氏名	種別	認定年月日/修了年月日(※1)	勤務開始年月日(※2)	事由	該当年月日(※3)
新宿 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> レベル認定者 <input type="checkbox"/> アセッサー	平成30年8月10日 年 月 日	平成24年4月1日	<input type="checkbox"/> 別事業所へ異動 <input type="checkbox"/> 退職 <input checked="" type="checkbox"/> その他(育児休業取得)	令和3年1月31日
定着 月子	<input type="checkbox"/> レベル認定者 <input checked="" type="checkbox"/> アセッサー	年 月 日 令和元年9月20日	平成22年8月1日	<input checked="" type="checkbox"/> 別事業所へ異動 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> その他( )	令和3年2月26日
	<input type="checkbox"/> レベル認定者 <input type="checkbox"/> アセッサー	年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 別事業所へ異動 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> その他( )	年 月 日
	<input type="checkbox"/> レベル認定者	年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 別事業所へ異動 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> その他( )	年 月 日
	者	年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 別事業所へ異動 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> その他( )	年 月 日
	者	年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 別事業所へ異動 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> その他( )	年 月 日
	者	年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 別事業所へ異動 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> その他( )	年 月 日
	者	年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 別事業所へ異動 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> その他( )	年 月 日

平成28年度、平成29年度、平成30年度、令和元年度及び令和2年度に手当等を支給した職員のうち、令和3年1月2日から令和3年3月31日までに異動(退職等)により、当該事業所に在籍しなくなった職員を記載してください。

※同一法人内の別の事業所に異動したレベル認定者及びアセッサーについても記載してください。  
※異動(退職等)となったレベル認定者・アセッサーの手当は、当該事業所に在籍していた期間に支給した分のみ補助対象です。

該当する種別にチェックを入れてください。

該当する事由にチェックを入れてください。

※1 レベル認定者については、レベル認定証に記載されている日付を、アセッサーについては、アセッサー講習修了証に記載されている日付を記載してください。  
 ※2 勤務開始年月日には、当該事業所における勤務開始日を記載してください。  
 ※3 該当年月日には、事由が発生した日付を記載してください。