令和７年度　介護ＤＸ推進人材育成支援事業

雇 用 等 証 明 書

当法人に雇用した以下の職員を介護ＤＸ推進人材として任命すること（任命したこと）を証明します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | 役 職 名 |  | | |
| 採用年月日 | 年　月　日  （無期雇用職員として採用した年月日） | | 職 　 種 |  | | |
| 勤務先事業所名 |  | | | | | |
| 勤務先所在地  （就業の場所） |  | | | | | |
| 採用形態  **〔※どちらかにチェック〕** |  | 無期雇用 常勤職員 | | | | |
|  | 無期雇用 非常勤職員　※週２０時間以上勤務の雇用契約である方が対象 | | | | |
| 介護ＤＸ推進人材の  法人内名称 |  | | | | | |
| 介護ＤＸ推進人材の  今年度  任命期間 | （開始）令和　年　月　から　（終了）令和　年　月 | | | | | |
| 今年度の手当等  支給に係る  補助期間 | （開始）令和　年　月　から　（終了）令和　年　月 | | | | | |
|  | 年度途中で補助が終了した場合、以下を記入してください。  　（終了理由）該当するものに○をつけてください。  ・　退職した　　　　　・　休職した  ・　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 重 複 申 請  の確認 | 障害福祉サービス等ＤＸ推進人材育成支援事業と重複申請していないことを確認。  **※確認後、右欄にチェック** | | | |  |
| 備　　　　考 |  | | | | |

　　　令和　年　月　日

東京都知事　殿

法人名：

代表者職氏名：