

登録ヘルパー名簿

勤務開始予定日（法人から給与支払いのある勤務初日）		西暦	年	月	日
フリガナ	生年月日（西暦）				
氏名	年 月 日 男・女				
住所	〒				
連絡先	すぐに連絡が取れるメールアドレス	データ添付可能なメールアドレス	携帯 or 自宅番号（連絡が取れやすい方を選択）		
利用者氏名			緊急連絡先	続柄： 電話番号：	
労働条件通知書の送付についてメール不可で紙での発行を希望される場合○（ ）					
主な通勤手段（電車とバスの場合どちらにも○：電車の時もバスの時もある場合は主だった方法に○） 車・バイク・電車・バス・徒歩・その他（ ）					
--所持資格--					
<p>＜介護保険・障害共通＞該当・提出する一番上位の資格のいずれか一つに○</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護福祉士・介護職員基礎研修・ホームヘルパー（ ）級・介護職員実務者研修 ・介護職員初任者研修・（その他 ） <p style="text-align: right;">年 月 日 取得・取得見込</p> <p>（取得見込の場合に記入）ヘルパー研修事業者名_____</p>					
<p>＜ここから下 障害福祉サービスの資格のみの方＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・重度訪問介護従事者養成研修修了者 <p style="text-align: right;">年 月 日 取得・取得見込</p> <p>（取得見込の場合に記入）ヘルパー研修事業者名_____</p>					
<ul style="list-style-type: none"> ・（その他の資格）_____所持 <p style="text-align: right;">年 月 日 取得</p> <p style="text-align: center;">※その他の資格は広域協会での従事に必要な資格のみ記載</p>					
<p>＜以下担当者記入欄＞※必ず担当者が記載。○～▽等ではなく平均的な数字を「断定して」記載する。 週 20 以上は雇用保険、常勤の 3/4 以上稼働は基本社会保険にも加入。（年齢や期間により条件異なる場合あり）</p> <p>□以下労働条件及び勤務初日を双方で確認しました。</p>					
支払の態様に○ 1.時給 2.月給 3.その他（※基本は時給です）					
予定される週の稼働時間※40hを限度とする					時間
予定される週の稼働日数（歴日） ※週 6 日を限度として夜勤は 2 日と換算。					日
予定される賃金月額（各種手当等すべて含みます）					円