

再就職(内定・決定)証明書

年 月 日

社会福祉法人 福井県社会福祉協議会会長 様

借受人 住所

氏名 (印)

電話番号

下記のとおり介護職員等の業務に従事雇用が(内定・決定)しました。

就業施設等	法人名	
	事業所名称	
	事業所所在地	〒 - Tel() -
職種		
業務の種類		
雇用形態 *該当するものに○をつけてください	正規職員・ <u>非常勤職員</u> ・パート・アルバイト ↓ 正規職員ではない場合、労働日数および労働時間は正規職員の3/4以上である・ない	
採用(予定) 年月日 *どちらかに○をつけた上でご記入ください	1. 年 月 日から業務に従事する予定 2. 年 月 日から現在も業務に従事	
貴施設等の介護職員処遇改善加算取得の有無 *どちらかに○をつけてください	取得している ・ 取得していない	

上記のとおり証明します。

年 月 日

就業施設等の名称

就業施設等の長の職および氏名

(印)