

採用予定証明書

(離職した介護人材の再就職準備金貸付用)

年 月 日

社会福祉法人大阪府社会福祉協議会会長 様

<本人記入欄>

住 所	〒 _____	
	電話 ()	
フリガナ		生 年 月 日
氏 名		西暦 年 月 日 (歳)

<雇用先記入欄 ※業務従事先の内容を記入>

業務従事先	所在地及び 電話番号	〒 _____		
	施設名又は 事業所名	電話 ()		
		介護保険 事業所番号		
	職 種	該当するものに ☑する	<input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 訪問介護員 <input type="checkbox"/> その他 () <small>※サービス提供責任者は対象外です。</small>	
	雇用形態		<input type="checkbox"/> 正規職員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 契約職員 (契約更新: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 派遣職員 <input type="checkbox"/> その他 ()	
1年を超える 雇用の見込み	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	一週間の 所定労働時間	週 時間 分	
就職予定年月日	20 年 月 日 から			

上記のとおり、採用予定であることを証明します。

<雇用先記入欄>

年 月 日

雇用先の法人・会社名 _____

責任者の役職名及び氏名 _____ 社判