

採用証明書

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	〒 _____ 電話 ()									
	施設名又は 事業所名	介護保険 事業所番号									
	職 種	「主たる業務」を以下から一つ選んでください。介護助手不可 ☐ 介護職員 ☐ 訪問介護員 ☐ その他 ()									
	雇 用 形 態	☐ 正規職員 ☐ 契約職員 (契約更新：有・無) ☐ パート ☐ 派遣職員									
	1年を超える 雇用の見込み	有 ・ 無	一 週 間 の 所定労働時間		週 時間 分						
業務従事開始年月日		20 年 月 日 から									

上記のとおり採用を証明します。

<雇用先記入欄>

年 月 日 (上記の業務従事開始年月日以降の日付にしてください)

雇用先の法人・会社名 _____

責任者の役職名及び氏名 _____ 社判