

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	〒 _____										
		電話 ()										
	施設名又は 事業所名											
	介護保険 事業所番号											
	職 種	該当するものに ☑する	☐ 介護職員 ☐ 訪問介護員 ☐ その他 () ※サービス提供責任者は対象外です。									
	雇用形態	☐ 正規職員 ☐ パート ☐ 契約職員 (契約更新: ☐ 有 ☐ 無) ☐ 派遣職員 ☐ その他 ()										
	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							
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