

## 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

&lt;本人記入欄&gt;

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

&lt;雇用先記入欄 ※業務従事先の内容を記入&gt;

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	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>											
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 <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 訪問介護員												
雇 用 形 態	<input type="checkbox"/> 正規職員 <input type="checkbox"/> 契約職員（契約更新：有・無） <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 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。

&lt;雇用先記入欄&gt;

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