

(様式第25号)

再就職準備金 雇用(内定)に関する証明書

年 月 日

社会福祉法人青森県社会福祉協議会会長殿

法人の名称

施設または事業所の名称

代表者氏名

印

所在地

電話番号

()

下記の者の雇用(内定)について、以下のとおり証明します。

| | |
|------------------|---|
| 氏名 | |
| 生年月日 | 昭和 ・ 平成 年 月 日 |
| 採用職種 | |
| 雇用開始日 | 年 月 日 から (週 時間勤務) |
| 雇用する事業所および職種について | 該当するものに☑してください。 <input type="checkbox"/> 介護保険事業者に指定を受けている事業に従事する介護職員 <input type="checkbox"/> 介護予防・日常生活支援総合事業の訪問又は通所事業に従事する介護職員 <input type="checkbox"/> その他(具体的に:) |