

介護分野就職支援金借入に係る 雇用(内定)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

代表者役職・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 ・ 令和 年 月 日
採用職種	
雇用形態	<input type="checkbox"/> 常勤(フルタイム勤務) <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> パート(アルバイト)
雇用開始日	年 月 日 から (週 時間勤務)
雇用する事業所 について	該当するものに☑してください。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス等を提供する事業所もしくは施設 (介護保険法(平成9年法律第123号)第23条に規程する居宅サービス等) <input type="checkbox"/> 第一号訪問事業を実施する事業所 (介護保険法第115条の45第1項第1号イに規程する第一号訪問事業) <input type="checkbox"/> 第一号通所事業を実施する事業所 (介護保険法第115条の45第1項第1号ロに規程する第一号通所事業)