第4号様式（就）

　　　　　　　　 　　　　　　　西暦　　　　年　　月　　日

**就職(内定・決定)証明書**

　大分県社会福祉協議会会長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生　年　月　日 |
| 氏　　　名 | ㊞ | 西暦　　 　年　 　月 　　日 |
| 住所・電話番号 | 〒　　　－  携帯電話：　　　 -　　　-　　 　　　固定電話：　　　（　　　） | |

下記のとおり、介護職員等※の業務に従事雇用が( 内定 ・ 決定 )しました。（いずれかを○）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 従　事　先 | 所　在　地  及び  電話番号 | 〒　　　－  　　　　　　　　　 電話：　　　（　　　） | | | | | | | | | | |
| 法　人　名 |  | | | | | | | | | | |
| 事業所・施設名等 |  | | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 職　　　種 |  | | | | | | | | | | |
| 採用予定日 | 西暦 　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 雇用形態 | 正規職員　　・　　非正規職員　　（いずれかを○で囲んでください｡） | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 【事業主証明欄】　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 　西暦　　　　年　　　月　　　日  上記のとおり、（ 内定 ・ 決定 ）していることを証明いたします。（いずれかを○）  併せて就労先の要件※に該当する事業所又は施設であることを証明いたします。    　 所在地  　 法人名 | | |
| 代表者の職・氏名 | 印 |  |
|  | | |

※１．内定、または決定のいずれか該当するものに○をつけてください。

※２．就労先の要件※とは、対象となる介護保険サービスを行う介護保険サービス事業所又は施設で

あることを指します。