第4号様式（障）

**就 職 ( 内定・決定 ) 証 明 書**

　　　　　　　　 　　　　 　　　西暦　　　　年　　月　　日

　社会福祉法人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 | 〒 -  固定電話: - - 　　　　　　　 携帯電話: - - | |

下記のとおり、障害福祉職員業務※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 |  | | | | | | | | | | |
| ※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/施設・事業所名 | | |
| 代表者の職・氏名 | 印 | 印  (個人印不可) |
|  | | |

(注)１．内定又は決定のいずれか該当するものに○をつけてください。

(注)２. ※事業所番号：障害福祉サービス等情報公表制度にもとづきWAMNETに掲載されているもの。

(注)３．就労先の要件※とは、対象となる障害福祉サービス等を提供する事業所若しくは施設等で

あることを指します。