

年 月 日

社会福祉法人 岡山県社会福祉協議会長 殿

雇用（内定・決定）証明書

法人（事業所又は施設）名 _____

代表者名 _____ (印)

〒 _____
所在地 _____

電話番号 _____

(担当者名： _____)

下記の者の雇用（内定・決定）について、以下のとおり証明します。

氏名		生年月日	年 月 日
業務 従事先 ※実際の勤務地を記入	施設又は事業所名		
	所在地	〒 _____	
	電話	() _____	
雇用開始（予定）日		年 月 日	勤務日等 日/週（ 時間/日）
職種		雇用形態	
主たる業務内容 ※いずれかにチェック (☑) してください。		<input type="checkbox"/> 介護等（社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）第2条第2項に規定する介護等をいいます。以下同じ。）の業務 <input type="checkbox"/> 介護等以外の業務	
就労先要件確認 ※該当するものにチェック (☑) してください。		<input type="checkbox"/> 居宅サービス等（介護保険法（平成9年法律第123号）第23条に規定する居宅サービス等）を提供する事業所若しくは施設 <input type="checkbox"/> 第一号訪問事業（介護保険法第115条の4第1項第1号イに規定する第一号訪問事業をいう。）若しくは第一号通所事業（同号ロに規定する第一号通所事業）を実施する事業所	
備考			

【注意事項】

- ・本様式は、介護分野就職支援金の借入申込者を雇用する法人、事業所又は施設が作成し、証明印（法人印等）を押印してください。