

第25号様式

介護人材再就職準備資金雇用（内定）証明書

令和 年 月 日

社会福祉法人千葉県社会福祉協議会 会長 様

法人の名称

施設又は事業所の名称

代表者職氏名

公印

所在地

連絡先電話番号

(担当者名

)

下記の者の雇用（内定）は、以下のとおりであることを証明します。

| | |
|--------------------------|---|
| 氏 名 | |
| 生 年 月 日 | 昭和・平成 年 月 日 |
| 住 所 | 〒 - |
| 雇 用 形 態 | 正職員・非常勤・パートまたはアルバイト・その他（ ） |
| 雇用開始日 (予定日) | |
| 採 用 職 種 | |
| 勤 務 場 所 | |
| 勤 務 日 数 (基本勤務時間) | |
| 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"/> 介護職員処遇改善加算をしている事業所である <input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善加算の算定要件となる職種である |