

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

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	
通 勤 手 段	該当するものに☑してください。その他の場合は具体的な内容を記入してください。 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> その他（ ） ※自動車の場合は車検証の写し及び通勤届の写しを添付してください。
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