

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
介護保険事業所番号（
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（ ）
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