

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
所在地
連絡先電話番号
(担当者名

印

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。 □自転車 □バイク □自動車 □公共交通機関 □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。 □ 介護職員等処遇改善加算をしている事業所である