

潜在介護人材再就職準備金 採用証明書

石川県社会福祉協議会会長 様

下記のとおり、採用予定であることを証明します。

従事者	氏名	
	住所	〒
業務従事先	所在地及び電話番号	〒 電話 ()
	施設名	
	施設の種別	
勤務内容等	採用決定日	平成 年 月 日
	職種	
	雇用開始日	平成 年 月 日
	雇用形態※	正規・正規以外の常勤（臨時・嘱託等）・非常勤（パート）・派遣
	週平均勤務時間	週平均 時間勤務（予定）

※1 正規職員および派遣職員以外の職員がフルタイムの労働時間（各事業所の所定労働時間）で働く場合は「正規以外の常勤」、フルタイム未満の労働時間で働く場合は「非常勤」としてください。

平成 年 月 日

事業所又は施設（派遣元企業）名

代表者名

⑩

事業所が発行した採用通知書や雇用条件通知書で職種、採用決定日、雇用開始日が確認できる場合、本様式の提出は不要です。採用通知書や雇用条件通知書の写しを提出ください。