

再就職（内定・決定）証明書

年 月 日

社会福祉法人
埼玉県社会福祉協議会 会長 様

住所	〒 _____ 電話 自宅 () _____ 携帯 () _____	
フリガナ		生 年 月 日
氏名		昭和・平成 年 月 日 (歳)

下記のとおり介護職員等の業務に雇用が（内定・決定）しました。

業 務 従 事 先	所在地及び 電話番号	〒 _____ 電話 () _____
	法人名及び 施設・事業所名称	
	施設・事業所 種別	
	職 種	介護職員等
	雇用形態 (該当に○)	正職員・非常勤職員・パート又はアルバイト・ その他 ()
	雇用契約内容	① 1日あたりの勤務時間 () 時間 ② 1週間あたりの勤務日数 週 () 日 ※ただし、1年あたり180日以上勤務であること。
	介護保険 事業所番号	
業務開始（予定） 年月日	年 月 日 から	

上記のとおり（内定・決定）していることを証明します。
併せて就労先の要件に該当する事業所又は施設であることを証明します。※
※就労先の要件：県内の介護保険サービス事業者又は施設等

年 月 日

(証明日は必ず勤務先が記入してください)

施設・事業所等名

代表者 職・氏名

印