様式第５号

再就職（ 内定 ・ 決定 ）証明書

※○を記入してください。

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（　　）　　－	
ふりがな		生　年　月　日
氏　名		昭和・平成 年　　月　　日（　　歳）

【勤務先施設記入欄】事業主が記入してください。※申請者記入不可

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	
	介護保険サービス の種類	
	介護保険 事業所番号	
職　種	介護職員	
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週間あたりの勤務日数　週（　　）日 ※ただし、１年あたり１８０日以上の勤務であること。	
業務開始 (予定) 年月日	年　　月　　日 から	

上記のとおり介護職員として雇用が（ 内定 ・ 決定 ）していることを証明します。　※○を記入してください。

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いたします。※

※就労先の要件：県内の介護保険サービス事業所又は施設等

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　　事業所の公 印

【潜在介護】