

様式第2号

離職した介護人材の再就職準備金
再就職（内定・決定）証明書

令和 年 月 日

社会福祉法人
福岡県社会福祉協議会会長 様

住 所

氏 名 ㊟

電話番号

下記のとおり介護職員等の業務に就職が（内定・決定）（※1）しました。

事業所名	
所在地	〒 電話（ ）
職種	介護職員等
採用（予定）年月日	年 月 日

上記のとおり相違ありません。
併せて就労先の要件（※2）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。

令和 年 月 日

業務従事先 所在地
施設名称
施設長名 ㊟

- ※1 内定、または決定のいずれか該当するものに○をつけてください。
※2 居宅サービス等を提供する事業所もしくは施設、または第一号訪問事業もしくは第一号通所事業を実施する事業所。