

様式第2号

離職した介護人材の再就職準備金 就職（内定・決定）証明書

社会福祉法人
福岡県社会福祉協議会会長 様

下記のとおり福岡県内の介護事業所若しくは施設等（※1）において、介護職員等（※2）として就職が（内定・決定）していることを証明します。

従業者氏名	
法人名	
施設・事業所名	
施設・事業所所在地	〒
サービス種別	
介護保険事業所番号	
職 種	
雇用形態	<input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> 常勤（正職員以外） <input type="checkbox"/> 非常勤・パート
雇用契約内容 ※（ ） <input type="checkbox"/> に記入	①1日あたりの勤務時間（ ）時間 ②1週間あたりの勤務日数 週（ ）日 <input type="checkbox"/> 週20時間以上、1年あたり180日以上 の業務従事が想定される者です
勤務開始日	令和 年 月 日

※1 「介護事業所若しくは施設等」とは、介護保険法に規定する居宅サービス等を提供する事業所若しくは施設、第一号訪問事業所若しくは第一号通所事業を実施する事業所です。

※2 「介護職員等」とは、介護職員その他主たる業務が介護等の業務である職員です（相談業務・施設業務は含みません）。

令和 年 月 日

法人名
法人代表者職名・氏名

(公印)

証明書作成者の所属・氏名

連絡先 TEL () -