

離職介護人材再就職準備金 雇用証明書

職員の採用について下記の通り証明します。

- 被雇用者名 _____
- 生年月日 昭和 平成 年 月 日生
- 雇用形態 正社員 契約・派遣 期間雇用
 その他 (_____)
※ [週当たりの労働時間 週 _____ 時間勤務]
- 採用年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 採用
 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 勤務開始予定日
- 期間終了日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 ※雇用期間に定めのある場合は記載ください。
- 勤務場所 住 所 _____
 名 称 _____
 電話番号 (_____) _____
- 勤務内容 _____ 業務
 ※介護職員処遇改善加算の算定要件となる介護職員等の職種が貸付対象
- 介護職員処遇改善加算の取得状況 [取得している ・ 取得していない]

平成 年 月 日

事業所名 _____

代表者名 _____ (印)

所在地 _____

電話番号 (_____) _____