

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 正職員 正職員以外
その他 (_____)
※ [週当たりの労働時間 週 _____ 時間勤務]

●採用年月日 _____年 _____月 _____日 採用 (内定)
_____年 _____月 _____日 勤務開始予定日

●期間終了日 _____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 _____
事業所または施設の
種 別 _____

介護保険の事業所番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

電話番号 (_____) _____
(職種) (業務内容)

●職種名、業務内容 _____として _____の業務に従事
※介護職員その他主たる業務が介護等 (法第2条第2項に規定する介護等をいう。) の業務である者が貸付対象

年 _____ 月 _____ 日

事業所名 _____

代表者名 _____ 

所在地 _____

電話番号 (_____) _____