

採用証明書

年 月 日

社会福祉法人大阪府社会福祉協議会会長 様

<本人記入欄>

住 所	〒 _____	
	電話 ()	
フリガナ		生 年 月 日
氏 名		西暦 年 月 日 (歳)

<雇用先記入欄 ※業務従事先の内容を記入>

業務従事先	所在地及び 電 話 番 号	〒 _____											
		電話 ()											
	施設名又は 事業所名	事業所番号	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> ※障がい福祉サービス等情報公表制度にもとづき WAMNET に掲載されているもの。										
	職 種	「主たる業務」を以下から一つ選んでください。介護助手不可 <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 訪問介護員 <input type="checkbox"/> 生活支援員・指導員 <input type="checkbox"/> その他 ()											
雇 用 形 態	<input type="checkbox"/> 正規職員 <input type="checkbox"/> 契約職員 (契約更新: 有・無) <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 派遣職員 ()												
1年を超える 雇用の見込み	有・無	一週間の 所定労働時間	週 時間 分										
業務従事開始年月日	20 年 月 日 から												

上記のとおり採用を証明します。

<雇用先記入欄>

年 月 日 (上記の業務従事開始年月日以降の日付にしてください)

雇用先の法人・会社名 _____

責任者の役職名及び氏名 _____ 社判