

■オレンジの枠(上部枠)の中は、
申請者ご本人が記入してください。
■緑の枠(下部枠)の中は、雇用先にご記入・押印いただいでください。

記入例

採用証明書

様式第2号

採用証明書

20●●年 10月 10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	〒 542 — 0055 大阪市中央区中寺 1-1-00	
	電話 06 (6776) 0000	
フリガナ	ジンザイ タダシ	生 年 月 日
氏 名	人材 正	西 1990 年 〇 月 〇 日 日 (〇〇 歳)

<雇用先記入欄 ※業務従事先の内容を記入>

実際に就労される障
がい福祉サービスを
提供する事業所・施設
についてご記入くだ
さい。

〒 540 — 0000
大阪府〇〇市〇〇〇町3-2
電話 (〇〇)
ケアサポート△△△△苑

大阪府で登録されている10桁の番号を
ご記入ください。最初の数字が27から
始まる番号です。

業務従事先	事業所名	事業所番号	2 7 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇
			※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 checked="" 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 checked="" 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	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無	一週間 所定労働時間
	業務従事開始年月日	20●●年 10月 1日 から	

雇用先のご担当者さまへ【重要】
就業開始の年月日を記入ください。

上記のとおり採用を証明します

業務従事開始日より後の日付を記入ください。

20●●年 10月 20日

雇用先のご担当者さまへ 【重要】
修正する際は、訂正印をお願いします。
訂正印は、押印された印鑑でお願いします。

雇用先の法人・会社名 社会福祉法人〇〇
責任者の役職名及び氏名 理事長 〇〇 〇〇〇

社会福祉
法人之印

※ 派遣会社を通して就業される場合、雇用先は派遣会社です。