

記入例 採用証明書

様式第2号

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

採用証明書

20●●年 10月 25日

会長様

<本人記入欄>

住所	〒 542 — 0065 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	西暦 19XX年 〇月 〇日(〇〇歳)

<雇用先記入欄 ※業務従事先の内容を記入>

実際に就労される介護保険事業所・施設についてご記入ください。

業務従事先

〒	540 — 〇〇××	
	大阪府〇〇市〇〇〇町3-2-1	
	電話	〇〇〇 (〇〇〇) ××××
施設名又は事業所名	特別養護老人ホーム △△△△	
介護保険事業所番号	2 7 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	
職種	「主たる業務」を以下から選択 <input type="checkbox"/> 介護職員 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護員	
雇用形態	<input checked="" type="checkbox"/> 正規職員 <input type="checkbox"/> 契約職員 <input type="checkbox"/> 派遣職員	
1年を超える雇用の見込み	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	一週間の所定労働時間 週 40 時間 00 分
業務従事開始年月日	20〇〇年 10月 1日 から	

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。

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で記入下さい

20〇〇年 10月 20日

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

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。

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、押印された印鑑をお願いします。

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。