

介護分野就職支援金 業務従事届

年 月 日

社会福祉法人

佐賀県社会福祉協議会会長 様

決定番号 \_\_\_\_\_

借受人 住 所

氏 名 (印)

次のとおり業務に（ 従事しています ・ 従事する予定です ）ので、届出します。

記

|           |   |
|-----------|---|
| 従事施設名     |   |
| 従事先住所     | 〒 _____<br>電話番号（ _____ ） _____  |
| 職 名       |   |
| 業 務 内 容   |   |
| 採 用 内 定 日 | _____ 年 _____ 月 _____ 日   |
| 従事開始(予定)日 | _____ 年 _____ 月 _____ 日から   |
| 雇 用 形 態   | 常勤 ・ 非常勤（ _____ 週 _____ 日間勤務） ・ その他（ _____ ）  |
| 雇用期間の定め   | なし ・ <u>あり</u> （ _____ 年 _____ 月 _____ 日まで）   |
|           | 更新 <span style="font-size: 2em;">}</span> <span style="font-size: 2em;">}</span><br>・あり<br>・なし(注) |

※「雇用形態」欄については、該当項目に○印を付すこと  
上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

法人又は施設名

理事長又は施設長名

(印)

備考(注)

- 貸付けの条件として非常勤の場合、介護等業務に月15日以上勤務を要します。また、雇用期間に定めがあつて、更新がない場合は、免除要件である2年間の従事期間を満たさない可能性がありますので、貸付対象とはなりません。
- 「理事長又は施設長名」欄の印は、個人印ではなく公印を押してください。
- 勤務開始以降、毎年4月に在職確認を行います。その場合は、証明日の日付は当年度4月1日以降を記入してください。