

障害福祉分野就職支援金 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 ㊟

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	〒 _____ 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 } } } ・あり ・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

㊟

備考(注)

- 貸付けの条件として非常勤の場合、障害福祉職員業務に月 15 日以上勤務を要します。また、雇用期間に定めがあって、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。