様式第１２号

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　　㊞

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											
	介護保険事業所番号										
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 月　　（　　）										
雇用期間の定め	なし　・　あり　（　　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）

1　貸付けの条件として非常勤の場合、介護等業務に月 15 日以上の勤務を要します。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。

2「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。

3　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。