

介護人材再就職準備金 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（ <sup>週</sup> _____ <sub>月</sub> 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）									
	<div style="display: flex; align-items: center;"> <span style="font-size: 2em; margin-right: 10px;">↳</span> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; gap: 10px;"> <span>更新</span> <ul style="list-style-type: none"> <li>・あり</li> <li>・なし(注)</li> </ul> </div> </div>									

※「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、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。