

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（ ） ー											
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（ 週月 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）

- 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。
- 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。