

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 ・ <u>あり</u> （ 年 月 日まで）									
	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">更新</div> <div style="margin-left: 10px;">・あり ・なし(注)</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。