

再就職（内定・決定）証明書

平成 年 月 日

社会福祉法人 岡山県社会福祉協議会長 殿

住 所 〒

ふりがな
氏 名

印

電話番号 [自宅]
[携帯]

次のとおり介護職員等の業務に従事雇用が（内定・決定）していることを証明いたします。

併せて就労先の要件の※（①・②）に該当する事業所又は施設であることを証明いたします。

記

1 従事施設名

2 従事業務

3 従事（勤務）開始日 平成 年 月 日

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

施設所在地 〒

電話番号 ()

施設名称

施設長名 印

※ 下記の就労先の要件のいずれか該当するものに○をつけてください。

① 介護職員処遇改善加算の算定対象となる介護事業所または施設のうち、介護職員処遇改善加算を算定しているもの

② 介護人材の確保・育成に努めていると岡山県知事が認める事業又は施設

(注) 1. 内定、または決定のいずれか該当するものに○をつけてください。
2. 従事している施設の長の証明をもらうこと。施設の長の公印が無い場合は、法人の代表者の証明でも可。この場合、必ず施設名称を併せて記載すること。