

様式第29号

介護等業務従事予定証明書

社会福祉法人 滋賀県社会福祉協議会 会長 様

年 月 日

【本人記入】

フリガナ		生年月日
氏名		年 月 日
住所	〒 - TEL ()	

【従事先記入】

従事(予定)先施設名	
事業所・施設種別	
所在地・電話番号	〒 - TEL ()
従事する職種	
雇用形態	正職員・正職員以外 ()
週勤務日数	常勤(週5日以上)・非常勤(週 日)
雇用開始日	年 月 日から
雇用終了日	年 月 日まで 更新の可能性(あり・なし)・()ヶ月更新・最大()回まで

上記のとおり介護等の業務に従事する予定であることを証明します。

年 月 日

施設・法人名 _____

代表者名 _____

⑩
(公印・事業所印)