

## 障害福祉分野就職支援金借入に係る 雇用(内定)証明書

年 月 日

社会福祉法人青森県社会福祉協議会会長 殿

法人の名称

施設または事業所の名称

代表者役職・氏名



所在地

電話番号 ( )

下記の者の雇用(内定)について、以下のとおり証明します。

氏名	
生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日
採用職種	
主たる業務内容	<input type="checkbox"/> サービス利用者に直接サービスを提供する業務 <input type="checkbox"/> 上記以外( )
雇用形態	<input type="checkbox"/> 常勤(フルタイム勤務) <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> パート(アルバイト)
雇用開始日	年 月 日 から (週 時間勤務)
雇用する事業所について	該当するものに☑してください。 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス※を提供する事業所若しくは施設 ※障害者総合支援法第5条第1項, 第18項, 第77条及び第78条, 児童福祉法第6条2の2第1項, 第7項及び第7条第2項, 身体障害者福祉法第4条の2に規定するサービスをいう <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法第5条第27項, 第28条及び第77条の2及び 身体障害者福祉法第5条に規定する施設若しくは事業所