

兵庫県 離職した介護人材の再就職準備金
再就職（内定・決定）証明書

年 月 日

社会福祉法人 兵庫県社会福祉協議会 会長 様

※貸付決定番号	
連絡先	〒 - 電話 ()
フリガナ	
氏名	印
生年月日	年 月 日 (歳)

※印の欄には、記入しないでください。

下記のとおり介護職員等の業務に従事雇用が（内定・決定）しました。

業務 従事先	所在地及び 電話番号	〒 - 電話 ()
	事業所名	
	職種 (介護職員等)	
採用予定 年月日	年 月 日	

上記のとおり（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。

年 月 日

業務従事先の施設（所属団体）

の長の職及び氏名

印

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 就労先の要件

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