

就 業 証 明 書

年 月 日

群馬県社会福祉協議会長 あて

住 所

氏 名

Ⓜ

生年月日

電 話

上記の者が、下記の業務に 従事
 内定 していることを証明いたします。

1 施設・事業所の種別

2 職 種

3 介護職員処遇改善加算の区分

4 就業開始 (予定) 年月日

年 月 日

所 在 地

施設又は事業所名

電 話 番 号

代表者又は管理者名

Ⓜ