

(様式第5号)

# 雇用決定証明書

年 月 日

社会福祉法人 秋田県社会福祉協議会長

法人の名称

事業所又は施設の名称

代表者職名及び氏名

印

所在地 〒 -

電話番号

( )

以下のとおり決定したことを証明します。

被雇用決定者 氏 名	(フリガナ)
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
住 所	〒 -
職 種	
雇用開始予定 年 月 日	年 月 日
備 考	