

(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

所在地 〒

電話番号

印

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	

(様式第 5 号)

※本事業の返還免除対象業務となるのは障害福祉職員としての業務に限る。

障害者福祉職員とは、障害福祉サービス（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成 17 年法律 123 号。以下「障害者総合支援法」という。）第 5 条第 1 項、同条第 18 項、第 77 条及び第 78 条、児童福祉法（昭和 22 年法律 164 号）第 6 条の 2 の 2 第 1 項、同条第 7 項及び第 7 条第 2 項、身体障害者福祉法（昭和 24 年法律 283 号。以下「身体障害者福祉法」という。）第 4 条の 2 に規定するサービスをいう。）を提供する施設若しくは事業所、障害者総合支援法第 5 条第 27 項、同条第 28 項及び第 77 条の 2 並びに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において、主たる業務がサービス利用者に直接サービスを提供する者を言う。