



緊急就労支援事業 受入承諾書

令和 年 月 日

長野県社会福祉協議会長 様

法人・事業所名 _____

代表者名 _____ 印 _____

「緊急就労支援事業」について、下記のとおり受け入れを承諾します。

事業所名称	(フリガナ)		

住所及び連絡先	(〒 -)		
	電話		FAX
事業の種別		主な事業内容	
担当者の氏名	(フリガナ)		

業務内容	電話		E-MAIL

※以下は、具体的に雇用が決まった段階でご記入願います。

雇用期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで		
賃金支払	時給 週給 月給	円	締め日 日 支払日 当月・翌月 日
雇用者	氏名		生年月日 年 月 日 (歳)
	連絡先	住所	携帯番号
備考	_____		