

介護等業務従事期間証明書

社会福祉法人 滋賀県社会福祉協議会 会長 様

平成 (西暦) 年 月 日

フリガナ		生年月日
氏名		年 月 日
従事先施設名		
従事先 所在地・電話番号	〒 _____ Tel ()	
従事した職種		
雇用形態	常勤 (週5日以上) ・ 非常勤 (週 日)	
業務従事期間 (在籍期間)	平成 (西暦) 年 月 日 から 平成 (西暦) 年 月 日 まで	
上記期間中の 休職期間	あり ・ なし ※ありの場合は期間を記入してください。 平成 (西暦) 年 月 日 から 平成 (西暦) 年 月 日 まで	
従事期間	日 ※上記「業務従事期間」の通算日数	
従事日数	日 ※上記「業務従事期間」に実際に勤務した日数	

上記の者は次のとおり従事していたことを証明します。

平成 (西暦) 年 月 日

施設・法人名 _____

代表者名 _____

(公印・事業所印)