

様式第28号

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

年 月 日

|                                                                           |                                                     |       |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------|
| フリガナ                                                                      |                                                     | 生年月日  |
| 氏名                                                                        |                                                     | 年 月 日 |
| 従事先施設名                                                                    |                                                     |       |
| 施設・事業所種別                                                                  |                                                     |       |
| 従事先<br>所在地・電話番号                                                           | 〒 ー TEL ( )                                         |       |
| 従事した職種                                                                    |                                                     |       |
| 雇用形態                                                                      | 常勤（週5日以上） ・ 非常勤（週 日）                                |       |
| ①業務従事期間<br>（在籍期間）                                                         | 年 月 日 から<br>年 月 日 まで                                |       |
| ②介護福祉士資格登録<br>日（資格登録日以降に転職され<br>た場合は、転職日）～現在<br>（または退職時）までの従<br>事期間（在籍期間） | 年 月 日 から<br>年 月 日 まで                                |       |
| 退職の場合はその理由                                                                |                                                     |       |
| 上記期間中の<br>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。<br>年 月 日 から<br>年 月 日 まで |       |
| ②の従事期間                                                                    | 日 ※上記「業務従事期間」の通算日数                                  |       |
| ②の従事日数                                                                    | 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。

年 月 日

施設・法人名

代表者名 ⑤  
(公印・事業所印)