

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 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）	
業務従事期間 （在籍期間） ※入職日から現在の 証明日（または退職 日）まで	年 月 日 から 年 月 日 まで	
退職の場合はその理由		
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。 年 月 日 から 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。

年 月 日

施設・法人名

代表者名

印
(公印・事業所印)