

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

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)	
①業務従事期間 (在籍期間)	年 月 日 から 年 月 日 まで	
②介護福祉士資格登録 日(資格登録日以降に転職され た場合は、転職日)～現在 (または退職時)までの従 事期間(在籍期間)	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	
②の従事期間	日 ※上記②の「業務従事期間」の通算日数	
②の従事日数	日 ※上記②の「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)