

(介護福祉士実務者研修受講資金)

業務従事期間証明書

すべて従事先にて記入してください

社会福祉法人 神奈川県社会福祉協議会 会長 殿

フリガナ			生年月日
氏名			年 月 日 (歳)
業務従事先	所在地及び電話番号	〒 - 電話 ()	
	法人名		
	分野	高齢・障害・病院・児童・その他 ()	
	施設種別		
	施設名		
	職種	介護職、 その他 () →その他の場合は、下記のいずれかに必ずチェックしてください <input type="checkbox"/> 主たる業務が介護業務 <input type="checkbox"/> 介護業務を兼任、または介護業務を含む	
	雇用形態	正職員・正職員以外・派遣	
業務従事期間	年 月 日から 年 月 日まで (年 箇月) ※従事日数 (上記従事期間に実際に勤務した日数 ※有休を含めて可) (日) ※正職員以外・派遣の場合は、週の従事日数及び1日の従事時間数もお書きください (日/週 、 時間/日)		

上記のとおり従事して (いた ・ いる) ことを証明します。

証明日： 年 月 日

法人名および施設 _____

代表者 役職名 _____

代表者 氏名 _____

※ 記載内容に関する照会先

部署名 _____

担当者名 _____ 電話番号 _____

問い合わせ可能な時間帯 _____

公印