

業務従事期間証明書

訂正がある場合、修正テープ・修正液の利用は認められません。

二重線で訂正のうえ、従事先または法人の公印での訂正印を押印ください。

すべて従事先にて記入してください

フリガナ 氏名	かながわ けいこ 神奈川 福子	生年月日 19●●年●月●●日(●●歳)
------------	--------------------	-------------------------

所在地及び電話番号

〒221-0835
横浜市神奈川区鶴屋町2-24-2
電話 045(312)4816

法人の代表所在ではなく、**従事する施設の所在地**を記入してください。

・該当するものに○を付けてください。
・その他の場合は、カッコ内に職種を記入し、「主たる業務が介護業務」か「介護業務を兼任、または介護業務を含む」のいずれかにチェックしてください。

※いずれにも該当しない場合（相談職、サービス提供責任者、児童指導員、事務員等）は、免除対象外となります。

人名 社会福祉法人 ○○○○

野 高齢・障害・病院・児童・その他()

種別 グループホーム

設名 ▲▲▲苑

実際に従事している分野、施設の種別、施設名がわかるようにお書きください。

種 介護職、その他 (世話人)

→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

主たる業務が介護業務

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

2018年1月1日から

2024年3月31日まで(年 箇月)

現在に至る

証明日までの従事日数を記入してください。(有休を含めて可)

業務従事期間については、従事開始日から「証明可能な日」^{働した日数 ※有休を含めて可}まで記入いただくか、「現在に至る」と記入してください。(●●●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
(4日/週、6時間/日)

・正職員以外の場合には、カッコ内に週当たりの従事日数及び1日の従事時間も必ず記入してください。

記入例：週4日で1日あたり6時間勤務の場合
→ (4日/週・6時間/日)

※介護福祉士登録後は、月15日以上(週4日以上)または週20時間以上の従事が必要となります。

いた いる ことを証明します。

「いる」に○を
してください。

証明日：2024年4月1日

株式会社 ○○○○

代表取締役社長

福祉 太郎

記載内容に関する問い合わせ先を記入してください。

公印

部署名 総務部人事課

担当者名 福祉 一郎 電話番号 045-○○○-○○

問い合わせ可能な時間帯 9:00~18:00

従事施設(又は法人)の代表者印を押印ください。施設長等の個人印(私印)は無効です。

すでに退職済みの場合の記入例

業務従事期間証明書

訂正がある場合、修正テープ・修正液の利用は認められません。

二重線で訂正のうえ、従事先または法人の公印での訂正印を押印ください。

すべて従事先にて記入してください

フリガナ カナガワ フクコ	生年月日
氏名 神奈川 福子	19●●年●月●●日(●●歳)

所在地及び
電話番号
〒221-0835
横浜市神奈川区鶴屋町2-24-2
電話 045 (312) 4816

法人の代表所在ではなく、従事する施設の所在地を記入してください。

人名
社会福祉法人 ○○○○

野 高齢 障害・病院・児童・その他 (

実際に従事した施設の種別、施設名がわかるよう
にお書きください。

設種別
グループホーム

名
▲▲▲苑

職種
介護職、その他 (世話人)

→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

主たる業務が介護業務

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

2018年 1月 1日から

2024年 3月 31日まで (6年 3箇月)

退職日までの従事日数を
記入してください。
(有休を含めて可)

業務従事期間については、従事開始日から「退職日」を記入してください。なお、退職日より前の日付での証明は無効です。

※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
(4日/週、6時間/日)

退職日以降の日付で記入
してください。※退職日以
前の日付は無効となります

・正職員以外の場合には、カッコ内に適当な日の従事日数及び1日の従事時間も必ず記入
ください。

記入例：週4日で1日あたり
6時間勤務の場合

→ (4日/週・6時間/日)

※介護福祉士登録後は、月15日
以上(週4日以上)または週20
時間以上の従事が必要となります。

て (いた・いる) ことを証明します。

「いた」に○を
してください。

証明日： 2024年 4月 1日

株式会社 ○○○○

代表取締役社長

福祉 太郎

記載内容に関する問い合わ
せ先を記入してください。

公印

※記載内容に関する照会先

部署名 総務部人事課

担当者名 福祉 一郎 電話番号 045-○○○-○○○○

問い合わせ可能な時間帯 9:00~18:00

従事施設(又は法人)の代表者印
を押印ください。施設長等の個人
印(私印)は無効です。