

すべて従事先にて記入してください。

業 務 従 事 届

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)

下記のとおり介護福祉士の資格を取得し、神奈川県内の事業所または施設で業務に従事しているの、届け出ます。

記入またはあてはまるものに○や☑をしてください	従事先情報 (実際に働く場所)	〒 _____ 住所 _____ 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	1. 介護職 2. その他 (_____) <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	<input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> 正職員以外・派遣 ※次の①②③から1つ選んで記入 ① 1日あたり _____ 時間で週に _____ 日従事 ② 夜勤専従 (1回あたり _____ 時間、月に _____ 回) ③ シフト制 (月 _____ 時間以上)
業務従事開始年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日から現在に至る	

上記のとおり、介護福祉士の資格を取得し、業務に従事していることを証明します。

証明日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

法人名および施設名 _____

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 _____ 問合せ時間 _____



公印

訂正がある場合、修正液等は使用せず、二重線で訂正の上、公印を押してください。(修正テープ・私印使用不可)