

# 業務従事期間証明書

社会福祉法人 神奈川県社会福祉協議会 会長 殿

(すべて従事先にて記入してください)

フリガナ			生 年 月 日
氏 名			年 月 日 ( 歳)
業務従事先・従事状況について  ※記入またはあてはまるものに ○や☑をしってください	従事先情報 (働いている、又は、 働いていた場所)	〒 _____ 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 業 務 従 事 期 間	<input type="checkbox"/> 正職員 _____ 年 月 日～ _____ 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 正職員以外・派遣 ※次の①②③から1つ選んで記入 _____ 年 月 日～ _____ 年 月 日 ( ) 日 ※従事期間に実際に勤務した日数 (有給含めて可)			
①1日(1回)あたり _____ 時間 週に _____ 日			
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)			

上記のとおり神奈川県内の事業所または施設で従事して(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/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)