

業務従事証明書

年 月 日

社会福祉法人 福井県社会福祉協議会会長 様

就業施設等の所在地
〒 -

TEL () -

就業施設等の名称

(就業施設の種別)

就業施設等の長の職および氏名

公
印

該当するものに○をしてください。

- 次のとおり、業務に従事していることを証明します。
- 次のとおり、業務に従事していたことを証明します。

業務従事者	氏名	
	住所	
業務の種類		
勤務形態 1、2いずれかに○	1. 常勤	2. 非常勤・パート・アルバイト
資格登録年月日	年 月 日	
在職期間 ※注1 (業務従事期間) 1、2いずれかに○	1. 年 月 日から現在まで上記業務に従事 2. 年 月 日から 年 月 日まで上記業務に従事 ■資格登録年月日以前から在職している場合は、登録日が開始日となります	
うち上記期間で業務に従事した日数 ※注2	日	
育休の有無 (いずれかに○)	有・無	
欠勤の有無 (いずれかに○)	有・無	
病気休業の有無 (いずれかに○)	有・無	

【注意事項】

※注1 在職期間の開始日は、就労開始日か介護福祉士登録年月日のいずれか遅い方の日付けとしてください。

なお、介護福祉士登録年月日以降に就労開始した場合は、就労開始日としてください。

※注2 ・在職期間が1に該当する場合は、証明日時点での日数を記載してください。

・有給休暇、産前産後休暇は日数に含めてください。

・育児休業、欠勤、病気休業等で従事しなかった日数は除いてください。

・1日の勤務時間は問いません(短時間でも1日として計算)

実務者研修受講資金

※裏面参照

【「業務従事証明書」発行にかかる留意事項】

1 在職期間について

- ・在職期間に中断期間がある場合は、中断期間を除き2段書きで記載してください。
- ・資格登録年月日以前から在職している場合は、登録日が開始日となります。

2 業務従事日数について

- ・介護職員等として、実際に当該業務に従事した日数を記載してください。

3 証明者について

- ・「就業施設等の名称」は業務従事者が実際に従事している施設名称、住所等を記入してください。
法人本部等で証明書を発行される場合は、余白部分に業務従事先の施設名称、住所等を記入してください。
- ・証明印は法人(事業所)の公印を押印してください。

4 その他

- ・同一法人内であっても、異動等で複数の事業所または施設に勤務していた場合は、それぞれで証明書を
作成してください。(事業所または施設ごとに証明書が必要です)