

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

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
研修修了年月日	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	
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、就労開始日か初任者研修以上の「研修修了年月日」のいずれか遅い方としてください。

なお、初任者研修以上の「研修修了年月日」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)

障害福祉分野就職支援金