

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

㊞

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	
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