

業務従事証明書

社会福祉法人栃木県社会福祉協議会長様

借受者記入欄	ふりがな			
	氏名 (自署)	(旧姓) 借受時から改姓している場合は旧姓を記入		
	住所	〒		
	電話番号	自宅		携帯

施設・事業所記入欄	<input type="checkbox"/> 従事していた <small>(異動・退職した場合はこちら)</small>				ことを報告します。 <small>※どちらかに☑を入れてください。</small>	
	<input type="checkbox"/> 従事している <small>(現在在職している場合はこちら)</small>					
	法人名					
	施設・事業所名					
	施設・事業所住所	〒				
	施設・事業種別		雇用形態	常勤・非常勤・パート・派遣		
	業務内容		職種			
	在職期間	年 月 日※ ～ 年 月 日 <small>※介護福祉士に登録した月の1日または就職した日のいずれか遅い日</small>				
	上記期間中の在職日数	日	上記期間中の 従事日数	日		
	休業期間の有無	無 ・ 有 (有の場合、下記に休業の理由及び休業期間を記入)				
	休業の内容 ※在職期間中に休業期間のある方は、その全てを次に記入し、証明書を添付してください。(すでに証明書を提出済の場合は期間のみ記入してください。)					
	<input type="checkbox"/> 産前産後休暇 <input type="checkbox"/> 育児休暇 <input type="checkbox"/> 傷病休暇 <input type="checkbox"/> その他(休業事由) ()		年 月 日～ 年 月 日			
	<input type="checkbox"/> 産前産後休暇 <input type="checkbox"/> 育児休暇 <input type="checkbox"/> 傷病休暇 <input type="checkbox"/> その他(休業事由) ()		年 月 日～ 年 月 日			
	<input type="checkbox"/> 産前産後休暇 <input type="checkbox"/> 育児休暇 <input type="checkbox"/> 傷病休暇 <input type="checkbox"/> その他(休業事由) ()		年 月 日～ 年 月 日			
<input type="checkbox"/> 産前産後休暇 <input type="checkbox"/> 育児休暇 <input type="checkbox"/> 傷病休暇 <input type="checkbox"/> その他(休業事由) ()		年 月 日～ 年 月 日				
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 法人名/施設・事業所名 代表者/管理者役職・氏名 担当者役職・氏名 電話番号						
					社判	