

# 業務従事届

年 月 日

社会福祉法人埼玉県社会福祉協議会会長 様

下記のとおり指定施設（従事先施設）等において介護業務に従事したので届け出ます。

修学生 情報	氏名	(修学生番号 )
	住所	〒 -
	携帯電話番号	

**【勤務先施設記入欄】 下記は事業主が記入してください。※申請者記入不可**

従業員氏名	
勤務先法人名	
勤務先(配属先) 施設名	
勤務先(配属先) 住所・電話番号	〒 - 電話 ( )
業務従事日数	1週間あたりの勤務日数 ( ) 日
雇用形態 (該当に○)	正職員 ・ 非常勤職員 ・ パート又はアルバイト その他 ( )
職 種	介護福祉士 <b>※左記以外の職種は証明の対象外</b>
業務内容 (該当に○)	介護業務 ・ 相談援助業務
在籍の有無 (該当に○)	証明日現在において 在籍している ・ 退職した ( 年 月 日 ) 異動した ( 年 月 日 )
業務従事期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 勤務開始日 ) ( 証明日現在 / 退職日・最終在籍日 )
	【上記期間のうち、業務中断（休業）期間がある場合のみ記入】 中断期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 中断理由：

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日  
( 就職日以降の日 / 最終在籍日以降の日 )

施設・事業所等名  
代表者名 (職名・氏名)

事業主の  
公 印

届出記入担当者名.....  
連絡先.....

—裏面に記入見本あり—

# 業務従事届

記入例

令和7年 4 月 5 日

右上記入日・修学生情報は  
修学生本人が記入してください  
(それ以外は勤務先施設記入)

協議会会長 様  
(施設)等において介護業務に従事したので届け出ます。

住所	〒 000 - 0000 埼玉県さいたま市浦和区針ヶ谷〇—〇—〇
携帯電話番号	000-0000-0000

## 【勤務先施設記入欄】 下記は事業主が記入してください。※申請者記入不可

従業員氏名	福祉 太郎	<b>【作成にあたっての諸注意】</b> ■修正テープ、消せるタイプのボールペンは使用しないでください。 ■訂正した場合は二重線で抹消し、 <b>事業主の公印</b> で訂正印を押印してください。 ■手書き記入したもののコピーに押印したものは受付できません。 ■本様式は、当会ホームページにWord版も掲載していますので御活用ください。
勤務先法人名	社会福祉法人〇〇会	
勤務先(配属先)施設名	介護老人福祉施設〇〇〇	
勤務先(配属先)住所・電話番号	〒 000 - 0000 埼玉県〇〇市〇〇〇〇〇-0-0 電話 0000 (00) 0000	
業務従事日数	1週間あたりの勤務日数 ( 5 ) 日	
雇用形態(該当に○)	<input checked="" type="radio"/> 正職員 ・ <input type="radio"/> 非常勤職員 ・ <input type="radio"/> パート又はアルバイト <input type="radio"/> その他 ( )	
職種(該当に○)	<input checked="" type="radio"/> 介護福祉士 <span style="float: right;">※左記以外の職種は証明の対象外</span>	
業務内容(該当に○)	<input checked="" type="radio"/> 介護業務 ・ <input type="radio"/> 相談援助業務	
在籍の有無(該当に○)	証明日現在において <input checked="" type="radio"/> 在籍している ・ <input type="radio"/> 退職した ( 年 月 日 ) <input type="radio"/> 異動した ( 年 月 日 )	
業務従事期間	令和3年 4 月 1 日 ~ 令和7年 4 月 10 日 ( 勤務開始日 ) ( 証明日現在 / 退職日・最終在籍日 ) 【上記期間のうち、業務中断(休業)期間がある場合のみ記入】 中断期間：令和4年10月30日 ~ 令和4年11月30日 中断理由： 体調不良のため	

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和7年 4 月 10日

( 就職日以降の日 / 最終在籍日以降の日 )

施設・事業所等名 社会福祉法人シャキたま会  
代表者名(職名・氏名) 理事長 埼玉 花子

事業所の公印を  
ご捺印ください



届出記入担当者名 埼玉 太郎  
連絡先 000-000-0000