

# 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 ※左記以外の職種は証明の対象外
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) ※最終在籍日を ・ 異動した ( 年 月 日) 記入する
業務従事期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 介護福祉士としての勤務開始日 ) ( 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】 ① 中断期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 中断理由： _____ ② 中断期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 中断理由： _____ ③ 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

令和8年4月1日以降  
に証明してください

届出記入担当者名  
連絡先

—裏面に記入見本あり—

記入例

令和8年4月15日

業務従事届

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。

福祉 太郎 (修学生番号 20240000)

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)

修学生 情報	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
	氏名	福祉 太郎

【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
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 (該当に〇)	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 ※左記以外の職種は証明の対象外
業務内容 (該当に〇)	介護業務 ・ 相談援助業務
在籍の有無 (該当に〇)	証明日現在において ・ 在籍している ・ 退職した ( 年 月 日) ※最終在籍日を ・ 異動した ( 年 月 日) 記入する
業務従事期間	令和6年4月1日 ~ 年 月 日 ( 介護福祉士としての勤務開始日 ) ( 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】 ①中断期間: 令和6年8月10日 ~ 令和6年9月10日 中断理由: 体調不良のため ②中断期間: 令和7年3月1日 ~ 令和7年5月31日 中断理由: 育児休職のため ③中断期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 中断理由:

【作成にあたっての諸注意】  
■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、事業主の公印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。

事業主の公印  
を押印してく  
ださい

事業主の  
公印

上記のとおり相違ないことを証明します。  
令和8年4月20日  
( 就職日以降の日 / 最終在籍日以降の日 )

施設・事業所等名 社会福祉法人〇〇会  
代表者名(職名・氏名) 理事長 埼玉 花子

令和8年4月1日以降  
に証明してください

届出記入担当者名 埼玉 太郎  
連絡先 000-0000-0000