

## 業務従事届

年 月 日

埼玉県社会福祉協議会 会長 様

住所	〒 ー	
	電話 自宅 ( ) ー	携帯 ( ) ー
フリガナ		生 年 月 日
氏 名		昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
	【貸付番号 ー】	

下記のとおり介護職員等の業務に従事していますので届け出ます。

業務 従事先	所在地及び 電話番号	〒 ー 電話 ( ) ー
	法人名及び 施設・事業所名称	
	施設・事業所 種別	
	職 種	介護職員等
	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 ( )
	介護保険 事業所番号	
業務開始 年月日	年 月 日 から	
業務従事 期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
業務中断 期間	※上記業務従事期間のうち、業務中断期間がある場合は記入 年 月 日 ～ 年 月 日 (中断理由： )	
業務従事 日数	日	

上記のとおり、申請者が介護業務に（**従事している・従事していた**）  
ことを証明いたします。

併せて就労先の要件に該当する事業所又は施設であることを証明いたします。※

※就労先の要件：県内の介護保険サービス事業者又は施設等

年 月 日

(証明日は必ず勤務先が記入してください) 施設・事業所等名

代表者 職・氏名

印

【潜在介護】