様式第１２号

業務従事届

年　　月　　日

埼玉県社会福祉協議会　会長　様

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

【勤務先施設記入欄】事業主が記入してください。※申請者記入不可

業務従事先	所在地及び電話番号	〒　　－ 電話（　　）　　－
	法人名及び施設・事業所名称	
	介護保険サービスの種類	
	介護保険事業所番号	
職　種	介護職員	
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（　　）	
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　（実働日数）	

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。　※○を記入してください。

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所又は施設等

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　　事業所の公印

【潜在介護】