

業務従事届

20 年 月 日

埼玉県社会福祉協議会 会長 様

| | |
|---------|---------|
| 申請者氏名 | (貸付番号) |
| 申請者住所 | 〒 - |
| 申請者電話番号 | |

【就業先施設記入欄】事業主が記入してください ※申請者記入不可

※特定施設入居者生活介護の指定を受けていない住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅は、介護保険サービス事業所に該当しません。

※介護保険サービス事業所番号は、就職先事業所の情報と一致するようご記入ください。

| | | |
|---------------|--|----------------|
| 就業先情報 | 法人名 | |
| | 事業所・施設名称 | |
| | 事業所所在地及び電話番号 | 〒 - 電話番号 () - |
| | 連絡担当者名 | |
| | 介護保険サービスの種類 | |
| | 介護保険サービス事業所番号 | |
| | 事業所指定年月日 | 年 月 日 |
| 職種 | 介護職員 ※介護職員以外の職種は証明の対象外です | |
| 雇用形態(該当に☑) | <input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> 非常勤職員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 雇用契約内容 | 1週間当たりの勤務日数 週 () 日 ※1年あたり180日以上勤務が想定される方が対象です。 | |
| 業務開始年月日 | 20 年 月 日 | |
| 業務従事期間・業務従事日数 | 20 年 月 日～ 20 年 月 日まで 【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： 上記業務従事期間のうち実働日数 () 日 | |
| 在籍状況(☑記入) | 証明日現在 <input type="checkbox"/> 在籍 <input type="checkbox"/> 退職 (年 月 日付) | |

上記のとおり、介護職員の業務に従事していたことを証明します。

20 年 月 日

事業所等名

事業所の

代表者 職・氏名

公印