

様式第11号

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	【貸付番号	西暦 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	〒 ー 電話 () ー
	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 ()	
雇用契約 内容	1週間あたりの勤務日数 週 () 日 ※ただし、1年あたり180日以上勤務であること。	
業務開始 年月日	年 月 日 から ※資格を取得したうえで業務を開始した日を記入してください ※就職後に資格を取得した場合は、資格取得日を記入してください	

上記のとおり介護職員の業務に従事している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

様式第 1 1 号

業務従事届

2023年 6月 1日

埼玉県社会福祉協議会会長 様

実際に記入した日付を
忘れずに記入ください。

住所	〒330-8529 さいたま市浦和区針ヶ谷4-2-65	
	電話 自宅	(048) 824-3370
	携帯	(090) ××××-××××
フリガナ	フクシ タロウ	生 年 月 日
氏 名	福祉 太郎 【貸付番号 KB20239999】	西暦 1993年 1月 1日 (30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	〒330-8529 さいたま市浦和区針ヶ谷4-2-65
	法人名及び 施設・事業所名称	社会福祉法人彩の国会すこやかデイサービスセンター
	介護保険サービ スの種類	例)特定施設入居者生活介護、通所介護等
	介護保険 事業所番号	
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 ()	
雇用契約 内容	1週間あたりの勤務日数 週 (5) ※ただし、1年あたり180日以上勤務であること	
業務開始 年月日	2023年5月1日 ※資格を取得したうえで業務を開始した日を記入してください ※就職後に資格を取得した場合は、資格取得日を記入してください	

法人名だけでなく、実際に従事している施設・事業所名までご記入ください。

介護保険事業所番号欄は
実際に従事している施設・事業所名の
介護保険事業所番号をご記入ください

研修を修了しかつ、介護職員の業務に
従事を開始した日付をご記入ください。
※雇用を開始した後に研修を受ける場
合は、研修修了日が業務開始年月日と
なります(記入例ではこの日を2023年
5月1日とします。)

証明日は上記の業務開始年月日を過ぎてからご記入ください

施設であることを証明いたします。 ※

2023年 6月 1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

すこやか

事業所の公印を押して
ください(個人印不可)

訂正された場合は、二重線で抹消
のうえ、事業所の公印で訂正印を
押印してください。

代表者 職・氏名

社会福祉法人彩の国会
理事長 ○○ ○○

事業所の
公印