様式第11号

【就職時用】

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 KB　　）
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（　　）　　ー
	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☑）		□　正職員　　□　非常勤職員　　□　パート・アルバイト □　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日以上の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　※事業所の指定年月日以降であること ※ 資格取得後就職した場合、業務を開始した日を記入してください。 ※ 就職後資格を取得した場合、資格取得日が業務開始日となります。
備考		

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します。

20　　年　　月　　日

【留意事項】
■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、事業所の公印で訂正印を押印してください。

事業所等名

代表者 職・氏名

事業所の公印

【介護分野就職支援金】