

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御記入ください。

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 ※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

事業所の

代表者 職・氏名

公印