

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 SB)
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

※介護保険サービス事業所は対象外です。

※障害福祉サービスの事業所番号は、就業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	
	障害福祉サービスの種類	
	障害福祉サービスの事業所番号	
	事業所指定年月日	年 月 日
職種	障害福祉職員 ※障害福祉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	20 年 月 日～ 20 年 月 日まで (資格を持って業務を開始した日) (証明日現在 / 退職日・最終在籍日)	
	【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：	
業務従事日数	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)	
備考		

上記のとおり、障害福祉職員の業務に従事していたことを証明します。

20 年 月 日

(最終在籍日以降の日)

【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