

様式第 1 1 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	
	障害福祉サービスの 種類	
	障害福祉サービス 事業所番号	
職種	障害福祉職員	
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	

上記のとおり障害福祉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：県内の障害福祉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

記入例

【就職時用】

様式第11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
忘れずにご記入ください。

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 ハナコ 生 年 月 日
氏名	福祉 花子 【貸付番号 SB20229999】 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云々こやか居宅介護事業所
	障害福祉サービスの 種類	例)居宅介護事業所、就労継続支援事業所等
	障害福祉サービス 事業所番号	
職種	1週間あたりの勤務日数 ※ただし、1年あたり180日以上	
雇用形態 (該当に○)	正職員・非常勤職員・パート その他 ()	
雇用契約 内容		
業務開始 年月日	2023年 5月 1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

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。

障害福祉サービス事業所番号欄は
実際に従事している施設・事業所名の
障害福祉サービス事業所番号をご記入ください

研修を修了しかつ、障害福祉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。)

上記のとおり障害福祉の業務に従事していることを証明いたします。

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。※
等

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

すこやか居

事業所の公印を押印して
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
公印