

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	
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 () -
	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 ※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。	

上記のとおり、障害福祉職員の業務に従事していることを証明します。

20 年 月 日

事業所等名

事業所の

代表者 職・氏名

公印