

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】

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	
	施設・事業所 種別	
	職 種	
	介護保険 事業所番号	
	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 () ※1年あたり180日以上勤務が想定される者
業務開始 年月日	年 月 日 から	
在職期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
業務中断 期間	※上記業務従事期間のうち、業務中断期間がある場合は記入 年 月 日 ～ 年 月 日 (中断理由：)	
業務従事 日数	日	

上記のとおり、申請者が介護業務に（従事している・従事していた）
ことを証明いたします。

年 月 日 施設・事業所等名

代表者 職・氏名

印