

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	
	施設・事業所種別	
	介護保険事業所番号	
職種		
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日以上の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