

業務従事届

年 月 日
修学生番号

申請者氏名

社会福祉法人
埼玉県社会福祉協議会会長 様

【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

従業員氏名	
在籍の有無 (該当に○)	証明日現在において 在籍している・異動してきた 退職した(年 月 日)・異動した(年 月 日)
勤務先法人名	
勤務先(配属先) 施設名	
勤務先(配属先) 施設等種別	
勤務先(配属先) 介護保険サービス事業所番号	
勤務先(配属先) 住所・電話	〒 電話 ()
介護福祉士としての勤務開始日	年 月 日
業務従事日数	1週間あたりの勤務日数 週()日 ※1年あたり180日以上勤務が想定されない場合は対象外です。
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()
職 種	介護福祉士 ※左記以外の職種は証明の対象外です。
業務内容 (該当に○)	介護業務 ・ 相談援助業務
令和5年4月1日～ 令和6年3月31日 の間の業務従事期間	年 月 日 ～ 年 月 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:

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

(証明日は令和6年4月1日以降の日としてください)

施設・事業所等名

代表者名

(職名・氏名)

事業所

の公印

届出記入担当者名

連絡先

【福祉系高校 2024】

記入例

業務従事届

令和6年4月5日

修学生番号 20180000

申請者氏名 福祉 太郎

社会福祉法人
埼玉県社会福祉協議会会長 様

【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

従業員氏名	福祉 太郎
在籍の有無 (該当に○)	証明日現在において 在籍している・異動してきた 退職した(年 月 日)・異動した(年 月 日)
勤務先法人名	社会福祉法人 シャキたま会
勤務先(配属先) 施設名	介護老人福祉施設○○○
勤務先(配属先) 施設等種別	介護老人福祉施設
勤務先(配属先) 介護保険サービス 事業所番号	1234567890
勤務先(配属先) 住所・電話	〒000-0000 埼玉県○○○市○○○○-0-0 電話 000 (000) 0000
介護福祉士として の勤務開始日	令和5年 4 月 1日 シャキたま
業務従事日数	1週間あたりの勤務日数 週(5)日 ※1年あたり180日以上勤務が想定されない場合は対象外です。
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()
職 種	介護福祉士 ※左記以外の職種は証明の対象外です。
業務内容 (該当に○)	介護業務 相談援助業務
令和5年4月1日～ 令和6年3月31日 の間の業務従事期間	令和5年 4 月 1 日 ～ 令和6 年 3 月 3 1 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: 令和5年12月 8日 ～ 令和6年 3月 31日 中断理由: 産休、育休のため

【作成にあたっての諸注意】

- 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、**事業主の公印で訂正印**を押印してください。
- 手書き記入したもののコピーに押印したものは受付できません。
- 本様式は、当会ホームページにWord版も掲載していますので御活用ください。

事業所の公印を
ご捺印ください

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和6年4月5日

(証明日は令和6年4月1日以降の日としてください)

施設・事業所等名 社会福祉法人シャキたま会

代表者名 理事長 埼玉 花子

(職名・氏名)

シャキ
たま
の公印

届出記入担当者名 埼玉 五郎

連絡先 000-000-0000