

業務従事届

年 月 日

社会福祉法人埼玉県社会福祉協議会会長 様

下記のとおり指定施設（従事先施設）等において介護業務に従事したので届け出ます。

修学生 情報	氏名	(修学生番号)
	住所	〒 -
	携帯電話番号	

【勤務先施設記入欄】 下記は事業主が記入してください。※申請者記入不可

従業員氏名	
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・電話番号	〒 - 電話 ()
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
業務内容 (該当に○)	介護業務 ・ 相談援助業務
在籍の有無 (該当に○)	証明日現在において 在籍している ・ 退職した (年 月 日) 異動した (年 月 日)
業務従事期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (勤務開始日) (証明日現在 / 退職日・最終在籍日)
	【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

(就職日以降の日 / 最終在籍日以降の日)

施設・事業所等名

代表者名 (職名・氏名)

事業主の

公 印

記入担当者名.....

連絡先.....

— 裏面に記入見本あり —

業務従事届

記入例

令和7年 4 月 1 日

右上記入日、修学生情報は修学生本人が記入してください（それ以外は勤務先が記入してください。）

協議会会長 様

下記より指定施設（従事先施設）等において介護業務に従事したので届け出ます。

修学生 情報	氏名	福祉 太郎 (修学生番号 FK20220000)
	住所	〒 000 - 0000 埼玉県さいたま市浦和区針ヶ谷〇—〇—〇
	携帯電話番号	000-0000-0000

【勤務先施設記入欄】 下記は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	
勤務先法人名	社会福祉法人〇〇会	
勤務先(配属先)施設名	介護老人福祉施設〇〇〇	
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	123456789	
勤務先(配属先)住所・電話番号	〒 000 - 000 埼玉県〇〇市〇〇〇〇〇-0-0	電話 0000 (00) 0000
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	
業務内容(該当に○)	介護業務 ・ 相談援助業務	
在籍の有無(該当に○)	証明日現在において 在籍している ・ 退職した (年 月 日) 異動した (年 月 日)	
業務従事期間	令和7 年 4 月 1 日 ~ 令和7 年 5 月 1 日 (勤務開始日) (証明日現在 / 退職日)	
	【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:	

【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。

事業主の公印を御捺印ください

シャキ
事業所
たま
の公印

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和7 年 5 月 1 日

(就職日以降の日 / 最終在籍日以降の日)

施設・事業所等名 社会福祉法人シャキたま会
代表者名 (職名・氏名) 理事長 埼玉 花子

記入担当者名 埼玉 太郎
連絡先 000-0000-0000