

# 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

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

シャキ  
事業所  
たま  
の公印

記入担当者名 埼玉 太郎  
連絡先 000-0000-0000