

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	
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

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

施設・事業所等名

（証明日は勤務開始日以降の日としてください）

事業所の

代表者名

公 印

（職名・氏名）

届出記入担当者名.....

連絡先.....

記入例

業務従事届

令和7年4月5日

修学生番号 FK20229999

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
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	1234567890
勤務先（配属先） 住所・電話	〒000-0000 埼玉県〇〇〇市〇〇〇〇-0-0 電話 000 (000) 0000
介護福祉士として の勤務開始日	令和7年4月5日 シャキたま
業務従事時間・ 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

上記の申請者が当該施設において、業務に従事していることを証明します

令和7年4月5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

事業所の公
印をご捺印
ください

【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。

届出記入担当者名 埼玉 五郎

連絡先 000-000-0000