

業務従事期間証明書

年 月 日

社会福祉法人大阪府社会福祉協議会会長 様

<本人記入欄>

修学生番号			
住 所	〒 _____	電話	() _____
フリガナ			生 年 月 日 (西暦)
氏 名			年 月 日

上記の者は、次のとおり従事していたことを証明します。

<雇用先記入欄 ※業務従事先の内容を記入>

業務従事先	所在地及び電話番号	〒 _____	電話	() _____
	施設名又は事業所名 職 種			
期 間	業務従事期間 ※①・②のうちあてはまる方にご記入ください	①2023年4月以降も在職している	_____年 月 日 ~ 2023年3月31日 【介護福祉士登録日(3月の場合は4月1日)もしくは就職日のうち遅い日付をご記入ください】 ※上記従事期間に実際に勤務した日数 _____ 日 (有給含む)	
		②既に退職している	_____年 月 日 ~ _____年 月 日 【介護福祉士登録日(3月の場合は4月1日)もしくは就職日のうち遅い日付をご記入ください】 【退職日をご記入ください】 ※上記従事期間に実際に勤務した日数 _____ 日 (有給含む)	
	上記業務従事期間のうち、休職期間の有無について	・なし ・あり → 理由: _____ 期間: 20 年 月 日から 20 年 月 日まで ※休職期間は返還免除に必要な業務従事期間に算入できません		
	【事業所等に 登録している方 (ホームヘルパー、家政婦等)】	◇登録日数 _____ 日 (20 年 月 日から 20 年 月 日まで) (20 年 月 日から 20 年 月 日まで) ◇業務従事日数 _____ 日		

年 月 日

雇用先の法人・会社名 _____

責任者の役職名及び氏名 _____ 社