

第6号様式 **記載例** 楷書でていねいに記入して下さい。

介護職員業務従事期間等証明書

平成 年 月 日

社会福祉法人 茨城県社会福祉協議会長 様

(施設名称)

(代表者職氏名印)

所在地

社判でも構わない
社印は必ず押すこと。

下記の申請者については、当施設において介護業務に従事していたことを証明します。

住 所	〒 319-2144 常陸大宮市泉●○○一●		
フリガナ	リショク ハナコ	性 別	生 年 月 日
申請者氏名	離職 花子	男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	昭和 ・平成 44 年 7 月 27 日 (47 歳)
業 務 従 事 先	所在地及び 電話番号	常陸大宮市泉○○ 0295 (××) ○○○○	
	施設名又は 所属団体名	社会福祉法人□□特別養護老人ホーム■ ■ ■ ■	
	介護職員処 遇改善加算 の該当規定 ※該当するもの に○をつけてく ださい。	ア 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準 <input checked="" type="checkbox"/> 指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準 ウ 指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準 エ 指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準	
	職 種	介護職員	
	雇用期間	平成 25 年 7 月 1 日から 平成 27 年 12 月 25 日まで 通算 908 日間 (うち介護職として勤務した日数 381 日間)	