

# 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	〒 <b>319-2144</b> 常陸大宮市泉●○○一●		
フリガナ	<b>リショク ハナコ</b>	性 別	生 年 月 日
申請者氏名	<b>離職 花子</b>	男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和・ <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <b>44年 7月 27日 (47歳)</b>
業 務 従 事 先	所在地及び 電話番号	<b>常陸大宮市泉○○ 0295 (××) ○○○○</b>	
	施設名又は 所属団体名	<b>社会福祉法人□□特別養護老人ホーム■</b>	
	職 種	<b>介護職員</b>	
	雇用期間	平成 <b>25</b> 年 <b>7</b> 月 <b>1</b> 日から 平成 <b>27</b> 年 <b>12</b> 月 <b>25</b> 日まで 通算 <b>908</b> 日間 (うち介護職として勤務した日数 <b>381</b> 日間)	