第６号様式

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

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。

<table>
<tr><td>住　所</td><td colspan="4">〒　　－</td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td>性　別</td><td>生　年　月　日</td></tr>
<tr><td>申請者氏名</td><td colspan="2"></td><td>男・女</td><td>昭和・平成
年　月　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">業　務
従事先</td><td>所在地及び
電話番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>施設名又は
所属団体名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>職　種</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>雇用期間</td><td colspan="3">平成　　年　　月　　日から　平成　　年　　月　　日まで
通算　　日間
（うち介護職として勤務した日数　　日間）</td></tr>
</table>