

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

雇用主の法人名、代表者氏名、代表印
(法人の印)を押して下さい。就業先
の名称が異なる場合は余白にその名称
を記入して下さい。

(施設名称) **社会福祉法人〇〇
特別養護老人ホーム■■■■**

(代表者職氏名印) **施設長 鈴木 一郎**

所在地 **常陸大宮市泉〇〇**

代表印

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●〇〇—●		
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・ ☒ 女	昭和・平成 44年 7月27日 (48歳)
業 務 従事先	所在地及び 電話番号	常陸大宮市泉〇〇 0295 (××) 〇〇〇〇	
	施設名又は 所属団体名	社会福祉法人〇〇特別養護老人ホーム■■■■	
	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)	