第６号様式

**介護職員業務従事期間等証明書**

西暦　　　　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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 住　 所 | 〒 　　- | | | |
| フリガナ |  | | 性　別 | 生　年　月　日 |
| 申請者  氏名 |  | | 男・女 | 西暦　　　　年  　月 日（　　歳） |
| 業 務  従事先 | 所在地及び電話番号 |  | | |
| 施設名又は所属団体名 |  | | |
| 職　種 |  | | |
| 雇用期間 | 西暦　　年　　月　　日から西暦　　　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） | | |