

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 | <input type="checkbox"/> 昭和・ <input checked="" type="checkbox"/> 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 (××) 0000 | |
| | 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■ | |
| | 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) | |