

第6号様式 **記入例** 雇用主が記入して下さい。

介護職員業務従事期間等証明書

令和 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□□**

特別養護老人ホーム■■■■

(代表者職氏名印) **施設長 鈴木 一郎**

代表印

所在地 **常陸大宮市泉〇〇**

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	リシヨク ハナコ	性 別	生 年 月 日
申請者氏名	離職 花子	男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	昭和51年 7月27日(44歳)
業 務 従 事 先	所在地及び 電話番号	常陸大宮市泉〇〇 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29年7月1日から令和元年1月25日まで 通算 〇〇〇 日間 (うち介護職として勤務した日数 〇〇〇 日間)	