

第6号様式

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	昭和・平成 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	平成・令和 年 月 日から平成・令和 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)	