

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

事業所 住所名称 代表者等	〒 —
	TEL — —
	印 鑑

下記の者は、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。

貸付金申請者	〒 — 氏 名 昭和・平成 年 月 日生 (歳)	
業務従事先	施設等の種類	
	職 種	<input type="checkbox"/> 正規職員 <input type="checkbox"/> 常勤職員
	雇用期間	平成・令和 年 月 日～ 平成・令和 年 月 日 通算 年 箇月 (日間) (内介護職として勤務した日数 日間)