

## 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	
	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)