

様式 9

業 務 従 事 期 間 証 明 書

年 月 日

社会福祉法人愛知県社会福祉協議会会長 殿

貸付番号			
資格登録年月日	年	月	日
フリガナ	生 年 月 日		
氏 名	印	年 月 日 (歳)	
住 所	〒 電話 自宅 携帯		

下記のとおり介護職員等の業務に従事しました。

業務従事先	所在地及び電話番号	〒 電話 ()
	所属団体名及び事業所名	
業務従事期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (年 月間) (産休、育休、疾病等の理由で業務に従事しなかった期間は除いてください。)	
介護保険事業所番号		
職 種	介護職員等 (*)	
雇用形態	・正職員 ・常勤 (正職員以外) ・非常勤・パート (○を付けてください。)	

*介護職員等とは、介護保険法に規定する居宅サービス等を提供する事業所若しくは施設又は第一号訪問事業若しくは第一号通所事業を実施する事業所において、介護職員その他主たる業務が介護等（社会福祉士及び介護福祉士法第2条第2項に規定する介護等）の業務である者

上記のとおり従事したことを証明いたします。

年 月 日

業務従事先の所属団体名及び事業所名 _____

所属団体又は

代表者(所属団体又は事業所)の職名及び氏名 _____

事業所代表者の印 _____

様式 9

業務従事期間証明書

令和 ○年 ○月 ○日

社会福祉法人愛知県社会福祉協議会会長 殿

貸付番号	○○○○○○○○		
資格登録年月日	令和 ○年 ○月 ○日		
フリガナ	アイチ フクシ	生 年 月 日	
氏 名	愛知 福祉 (印)	平成○○年 ○月 ○日(○○歳)	
住 所	〒123-4567 名古屋市○区○○1丁目2番地 ○○マンション102号		電話 自宅052-111-2222 携帯090-1111-2222

下記のとおり介護職員等の業務に従事しました。

業務従事先	所在地及び電話番号	〒○○○-○○○ ○○市○○町○丁目○○番地 電話 ○○○(○○) ○○○○
	所属団体名及び事業所名	社会福祉法人○○会 特別養護老人ホーム ○○苑
業務従事期間	令和 ○年 ○月 ○日 ~ 令和 ○年 ○月 ○日(○年○月間) (産休、育休、疾病等の理由で業務に従事しなかった期間は除いてください。)	
介護保険事業所番号	○○○○○○○○○○○○ (通常10桁)	
職 種	介護職員等(※)	
雇用形態	・正職員 ・常勤(正職員以外) ・非常勤・パート等 (○を付けてください。)	

※介護職員等とは、介護保険法に規定する居宅サービス等を提供する事業所若しくは施設又は第一号訪問事業若しくは第一号通所事業を実施する事業所において、介護職員その他主たる業務が介護等(社会福祉士及び介護福祉士法第2条第2項に規定する介護等)の業務である者

上記のとおり従事したことを証明いたします。

令和 ○年 ○月 ○日

業務従事先の所属団体名及び事業所名 社会福祉法人○○会 特別養護老人ホーム ○○苑

所属団体又は

代表者(所属団体又は事業所)の職名及び氏名 施設長 ○○ ○○ 事業所代表者の印