

## 指定業務等従事期間証明書

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		
フリガナ		生年月日
氏 名		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 ( )
	施設名及び 所属法人名	
	介護保険 事業所番号	
	職 種	介護職員等
業務従事 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 年 ヶ月) 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。	

上記のとおり従事したことを証明いたします。

併せて下記の就労先の要件に該当する事業所又は施設であることを証明いたします。

年 月 日

業務従事先の法人名及び施設名

代表者（法人又は施設）の職名及び氏名

事業所の印

就労先の要件が次のいずれかに該当する施設又は事業所であること。

介護保険法第23条に基づく居宅サービス等を提供する事業所若しくは施設又は同法第115条の45第1項第1号イに規定する第一号訪問事業若しくは同号ロに規定する第一号通所事業を実施する事業所

指定業務等従事期間証明書

令和元年5月10日

社会福祉法人  
愛知県社会福祉協議会会長殿

本人が記入してください。

貸付番号		
フリガナ	アイチ フクシ	生年月日
氏名	愛知 福祉	昭和57年12月3日(〇〇歳)
住所	〒123-4567 名古屋市〇区〇〇1丁目2番地 〇〇〇マンション102号室 電話 自宅 052-123-4567 携帯 090-1234-5678	

在籍していた(実務経験一年以上を満了)勤務先が記入してください。

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	〒789-0123 名古屋市〇区〇〇3丁目4番地 電話 052(789)0123
	施設名及び 所属団体名	〇〇法人 特別養護老人ホーム〇〇〇
	介護保険 事業所番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
	職 種	介護職員等
業務従 事期間	平成28年8月1日 から 平成31年1月31日まで (1年6ヶ月) ※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。	

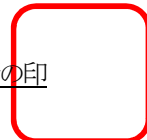
上記のとおり従事したことを証明いたします。

併せて下記の就労先の要件に該当する事業所又は施設であることを証明いたします。

令和元年5月1日

業務従事先の法人名及び施設名 〇〇法人 特別養護老人ホーム〇〇〇

代表者(法人又は施設)の職名及び氏名 施設長 〇〇 〇〇 事業所の印



就労先の要件が次のいずれかに該当する施設又は事業所であること。

介護保険法第23条に基づく居宅サービス等を提供する事業所若しくは施設又は同法第115条の45第1項第1号イに規定する第一号訪問事業若しくは同号ロに規定する第一号通所事業を実施する事業所