

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		

下記のとおり障害福祉職員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。)	
職 種		
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。)	

* 障害福祉職員とは、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）の業務以外の障害福祉業務に従事した者

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 〇年 〇月 〇日

社会福祉法人愛知県社会福祉協議会会長 殿

貸付番号	〇〇〇〇〇〇〇		
資格登録年月日	令和 〇年 〇月 〇日		
フリガナ	アイチ フクシ	生 年 月 日	
氏 名	愛知 福祉 (印)	平成〇〇年 〇月 〇日(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 電話 自宅052-111-2222 携帯090-1111-2222		

下記のとおり障害福祉職員の業務に従事しました。

業務従事先	所在地及び電話番号	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番地 電話 〇〇〇〇(〇〇) 〇〇〇〇
	所属団体名及び事業所名	社会福祉法人〇〇会 障害者自立支援施設 〇〇〇センター
業務従事期間	令和 〇年 〇月 〇日 ~ 令和 〇年 〇月 〇日(〇年 〇月間) (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。)	
職 種	生活支援員	
雇用形態	・正職員 ・常勤(正職員以外) ・非常勤・パート等 (〇を付けてください。)	

*障害福祉職員とは、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)の業務以外の障害福祉業務に従事した者

上記のとおり従事したことを証明いたします。

令和 〇年 〇月 〇日

業務従事先の所属団体名及び事業所名 社会福祉法人〇〇会 障害者自立支援施設〇〇〇センター

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 センター長 〇〇 〇〇事業所代表者の印