

※従事先を退職した場合は、直ちに提出してください。
 ※従事期間が記載されている指定業務従事届（様式第 6）で代用することができます。

指定業務等従事期間証明書

| | |
|-----|-------------|
| 記入日 | 年 月 日 |
|-----|-------------|

社会福祉法人愛知県社会福祉協議会会長 殿

| | | | | | |
|--------|-------|--------------------------------|------|---|---|
| 借受人記入欄 | 貸付番号 | | 借入金額 | 円 | |
| | 資格登録日 | 年 月 日 | | | |
| | フリガナ | | | | |
| | 氏 名 | | | | 印 <small>（印鑑登録証明書と同じ印鑑を使用してください。）</small> |
| | 生年月日 | 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。

| | | | | | |
|--------|---|---|------------------------------------|--|--|
| 勤務先記入欄 | 業務従事先 | 所在地及び電話番号 | 〒 電話（ ） - | | |
| | | 名 称 | | | |
| | | 介護保険事業所番号 | | | |
| | | 業務内容 | 介護業務 | | |
| | | 雇用形態 | 正規職員・常勤職員（フルタイム職員）・非常勤職員・その他（ ） | | |
| | 在職期間 | 年 月 日 ～ 年 月 日（ 年 月間） | | | |
| | 業務従事日数 | _____日 | | | |
| | 休職等 | 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。 年 月 日 ～ 年 月 日（理由： ） | | | |
| | 上記のとおり従事したことを証明いたします。 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 年 月 日 業務従事先の法人 及び事業所の名称 _____ 代表者（法人又は事業所） の職名及び氏名 _____ </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 事業所 の印 _____ （担当者名： ） </div> | | | | |

介護職員等の業務（※）とは、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において、介護職員その他主たる業務が介護等の業務をいいます。

※従事先を退職した場合は、直ちに提出してください。
※従事期間が記載されている指定業務従事届（様式第6）で代用することができます。

記入例

指定業務等従事期間証明書

記入日 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

| | | | | |
|--------|-------|--|------|----------------------------|
| 借受人記入欄 | 貸付番号 | 123456 | 借入金額 | 400,000 円 |
| | 資格登録日 | 〇〇年〇月〇日 | | |
| | フリガナ | アイチ フクシ | | |
| | 氏名 | 愛知 福祉 | | 印 (印鑑登録証明書と同じ印鑑を使用してください。) |
| | 生年月日 | 〇〇年〇月〇日生(〇〇歳) | | |
| | 住所 | 〒123-4567 名古屋市中区〇〇1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) 3333 - 4444 | | |

下記のとおり介護職員等の業務(※)に従事しました。

| | | | |
|---|--|--|--|
| 勤務先記入欄 | 所在地及び電話番号 | 〒〇〇〇-〇〇〇〇 愛知県〇〇市〇〇町999 電話(〇〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇 | |
| | 名称 | 特別養護老人ホーム 〇〇の里 | |
| | 介護保険事業所番号 | 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 | |
| | 業務内容 | 介護業務 | |
| | 雇用形態 | 正規職員・常勤職員(フルタイム職員)・非常勤職員(パート職員)・その他() | |
| | 在職期間 | 令和〇年〇月〇日～令和〇年〇月〇日 現在就労中・退職(○をつけてください) | |
| 業務従事日数 | 〇〇日 | | |
| 休職等 | 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。 令和〇年〇月〇日～令和〇年〇月〇日 (理由: 疾病の為) | | |
| 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 業務従事先の法人及び事業所の名称 社会福祉法人〇〇 特別養護老人ホーム〇〇 代表者(法人又は事業所)の職名及び氏名 施設長 〇〇 〇〇〇 事業所の印 (担当者名: 福祉 太郎) | | | |

介護職員等の業務(※)とは、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において、介護職員その他主たる業務が介護等の業務をいいます。