別記様式第９号（要領５関係）

業務従事期間証明書

年　　月　　日

　群馬県社会福祉協議会長　あて

 　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名 ㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　　話

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 施設・事業所名 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 施設・事業所　　住所／電話番号 | 住所電話番号 |
| 施設・事業種別 |  |  |  |  |  | 雇用形態 | 常勤・非常勤／パート |
| 業務内容 |  |  |  |  |  | 職種 |  |  |
| 雇用期間 | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 |
| 上記期間中の | 日　　　　　 |
| 介護等の業務に従事した日数 |



上記のとおり業務に従事したことを証明します。

法人名／施設・事業所名

代表者／管理者名　　　　　　　　　　　　　㊞