

在 職 期 間 証 明 書

年 月 日

群馬県社会福祉協議会長 あて

(借受者)

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日生

上記の者は、次のとおり当方に在職していたことを証明します。

施設種別又は事業名(※1)		
職 種(※2)		
雇用形態	常勤・非常勤 / パート / その他 ()	
在職期間	年 月 日から 年 月 日 / 現在まで	
上記期間中の従事日数 (実際に介護等の業務に従事した日数)	日	
休業期間の有無	無 ・ 有	
休業の内容(※3)	<input type="checkbox"/> 産前産後休業	年 月 日から 年 月 日まで
	<input type="checkbox"/> 育児休業	年 月 日から 年 月 日まで
	<input type="checkbox"/> 傷病休業	年 月 日から 年 月 日まで
	<input type="checkbox"/> その他 ()	年 月 日から 年 月 日まで

年 月 日

(就業先)

住 所

名 称

代表者氏名

印

※1……施設種別又は事業名については、「特別養護老人ホーム」、「介護老人保健施設」、「児童養護施設」「障害者支援施設」等と記入すること。

※2……職種については、「介護職員」「訪問介護員」「生活相談員」「児童指導員」等と記入すること。

※3……従事日数については、休業期間を除いて実際に介護等の業務に従事した日数を記入すること。