別記様式第１０号（要領６関係）

業務従事期間証明書

年　　月　　日

　群馬県社会福祉協議会会長　あて

　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名 　　　 ㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　　話

太枠内の期間・日数は、雇用期間は通算で365日、介護等の業務に従事した日数が180日以上の

証明が必要です。

1事業所で必要な証明が受けられない場合は、複数事業所の証明が必要です。

また、同時に2以上の事業所において業務に従事した場合、別途証明が必要です。

（別記要領第７号-②従事日数内訳証明書）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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　　　　　　　　　　　　　　㊞