

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

印

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 介護等の業務に 従事した日数	日		

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。

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

印