第9号様式（就）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　西暦　　　　　年　　　月　　 日

**業 務 従 事 期 間 証 明 書**

　大分県社会福祉協議会会長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 貸付番号 |  | ※決定通知書の貸付番号を記載してください。 |
| フ　リ　ガ　ナ |  | 生　年　月　日 |
| 氏　　　名 | ㊞ | 西暦　 　 年 月 日 |
| 住所・電話番号 | 〒　　　－  携帯電話：　　　-　　　　-　　　　　　　固定電話： 　　　（　　　） | |

下記のとおり、介護職員等※の業務に従事していますので届け出をします

|  |  |
| --- | --- |
| 法　　人　　名 |  |
| 事業所･施設名 |  |
| 介護保険サービス　　　の種類 |  |
| 従事先住所等 | 〒　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話：　　　　（　　　） |
| 業務従事期間　　（雇用期間） | 西暦　　　　年　　月　　日 ～ 西暦　　　　 年　　月　　日 「　　 年　　ヶ月」 |
| ※介護業務に  従事した日数 | 日 |
| 従事していた職種 |  |
| 雇　用　形　態 | 正規職員　・　非正規職員　（いずれかを○で囲んでください｡） |
| * ※ 介護業務に従事した日数は、休日、休暇、出張、研修等で従事しなかった日は除く。 * ※ 夜勤の従事日数は1日として計算する。 | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 【事業主証明欄】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　西暦　　　　年　　月　　日  　上記のとおり、相違ないことを証明します。      　　所在地  　　法人名 | | |
| 代表者の職・氏名 |  | 印 |
|  | | |