第8号様式（障）

**業 務 従 事 期 間 証 明 書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　西暦　　　　年　　月　　日

　社会福祉法人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入してください。 |
| フ　リ　ガ　ナ |  | 生 年 月 日 |
| 氏　　　名 | ㊞ | 西暦　 　 年　　月　　日 |
| 住所・電話番号 | 〒 -  固定電話: 　 - - 　　　　　　　 携帯電話: 　 - - | |

下記のとおり、障害福祉職員業務※に従事していますので届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 法　　人　　名 |  |
| 事業所･施設名 |  |
| 障害福祉サービス　　　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） |
| 障害福祉職員業務※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｡） |
| （(注)1.障害福祉職員業務※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。  （(注)2.夜勤の業務従事日数は、原則1日として計算する。 | |

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