

介護職員業務従事期間等証明書

年 月 日

社会福祉法人茨城県社会福祉協議会会長 様

(施設名称)

(代表者職氏名印)

所在地

下記の申請者については、当施設において介護業務に従事していたことを証明します。

住 所	〒 -	
フリガナ		生年月日
申請者氏名		年 月 日 (歳)
業 務 従事先	所在地及び 電話番号	
	施設名又は 所属団体名	
	職 種	
	雇用期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 通算 日間 (うち介護職として勤務した日数 日間)