

# 業務従事証明書

- 1 郵便番号 〒 \_\_\_\_\_
- 2 住 所 \_\_\_\_\_
- 3 電話番号 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )
- 4 氏 名 \_\_\_\_\_
- 5 生年月日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日
- 6 介護福祉士登録年月日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日
- 7 施設の種類・従事する職種 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- 8 業務の内容（詳細に） \_\_\_\_\_

上記のとおり、\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日から\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日まで  
（うち休職期間 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日から\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日）  
業務に従事していたことを証明します。

年 月 日

静岡県知事

様

施設所在地

施設名

代表者

㊟