

業務従事証明書

年 月 日

社会福祉法人和歌山県社会福祉協議会会長 様

貸付コード

住 所 〒

氏 名

印

電話番号 ()

下記のとおり指定施設等において障害福祉職員の業務に従事していることを届け出ます。

法人名及び 施設・事業所名称			
所在地	〒		
電話番号			
施設・事業所種別			
業務内容	障害福祉サービス業務	雇用形態	常勤 ・ 非常勤
業務従事期間	年 月 日 から現在に至る		
	上記期間中の業務従事日数 () 日 ※公休日を除く従事日数		
	※上記期間中に、法人内の施設・事業所間で異動があった場合は、その履歴を記載のこと。		
	従事期間	年 月 日から	年 月 日まで
	施設・事業所名称		
従事期間	年 月 日から	年 月 日まで	
施設・事業所名称			
従事期間	年 月 日から	年 月 日まで	
施設・事業所名称			

上記のとおり障害福祉職員の業務に従事中であることを証明します。

年 月 日

社会福祉法人和歌山県社会福祉協議会会長 様

(勤務先施設・事業所)

所在地 〒

名 称

長の職名及び氏名

印