

介護福祉士実務者研修受講資金 業務従事期間証明書

令和 年 月 日

社会福祉法人熊本県社会福祉協議会 会長 様

従事先：所在地  
法人名  
代表者の職氏名



下記のとおり、業務に従事していたことを証明します。

記

貸付番号		養成施設名	
借受人住所	郵便番号 ( - ) 電話番号 ( - - )		
借受人氏名	生年月日 ( 年 月 日生)		
業務 従 事 先	法人名		
	事業所名		
	所在地	郵便番号 ( - ) 電話番号 ( - - )	
	職種		
	従事期間 及び 従事日数	年 月 日から ※ 年 月 日まで 在職日数 ( 日) 以上 指定業務に従事した日数 ( 日) ※下記に該当する場合は記入してください。 休職期間 年 月から 年 月 ( 年 月) 休職理由 ( )	

※ 従事期間の開始日は、資格登録日または従事開始日のいずれか遅い日 から です。