

社会福祉法人 岡山県社会福祉協議会長 殿

指定業務（介護等・福祉相談援助）従事証明書

氏 名		修学生決定番号	
		生年月日	年 月 日
本人の住所	〒 ー	電話番号	
施設等の名称			
施設等の所在地			
職 種			
所属・職名			
雇用形態			
従事期間	年 月 日 ~		年 月 日
	(※) うち介護等の業務に従事した日数		日

(注) 1 従事した職種がホームヘルパー、家政婦である場合は、「従事期間」の欄は、市町村及び有料職業紹介所等へ登録していた期間を記入する。

2 (※) 「うち介護等の業務に従事した日数」欄は、従事期間内において実際に介護等の業務に従事した日数を記入する。

上記のとおり従事したことを証明します。

(勤務先) 所在地 _____

施設（法人）名等 _____

代表者職氏名 _____ 印

電話番号 _____