

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、従事した職種が、ホームヘルパー、家政婦である場合にのみ、上記 1 の登録していた期間のうち、現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 _____