

社会福祉法人 岡山県社会福祉協議会長 殿

**業務従事期間証明書**

氏 名			
保有資格 ※該当するに○を付してください。	① 介護福祉士 ② 実務者研修 ③ 介護職員基礎研修	④ 介護職員初任者研修 ⑤ ホームヘルパー1級 ⑥ ホームヘルパー2級	
本人の住所	〒	—	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			
業務従事期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 年 月)		

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 \_\_\_\_\_