別記様式第10号

業務従事証明書

　社会福祉法人栃木県社会福祉協議会長様

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 借受者記入欄 | ふりがな |  | | | | | | | | | |
| 氏名  （自署） | （旧姓）  借受時から改姓している場合は旧姓を記入 | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | |
| 電話番号 | 自宅 | |  | | | 携帯 | | | |  |
| 施設・事業所記入欄 | 下記のとおり |  | 従事していた  （異動・退職した場合はこちら）  従事している  （現在在職している場合はこちら） | | | | | ことを報告します。  ※どちらかに☑を入れてください。 | | | |
| 法人名 |  | | | | | | | | | |
| 施設・事業所名 |  | | | | | | | | | |
| 施設・事業所住所 | 〒 | | | | | | | TEL　　　（　　　） | | |
| 施設・事業種別 |  | | | 雇用形態 | | | | | 常勤・非常勤・パート・派遣 | |
| 業務内容 |  | | | 職　　種 | | | | |  | |
| 在職期間 | 年　　月　　日※　～　　　　年　　月　　日  ※介護（社会）福祉士に登録した月の１日または就職した日のいずれか遅い日 | | | | | | | | | |
| 上記期間中の  在職日数 | 日 | | | | 上記期間中の  従事日数 | | | 日 | | |
| ※初日を含む。例4/1～4/10（10日間）  ※休業期間は除いてください。 | | | | ※有給を除いた出勤日数 | | |
| 休業期間の有無 | 無　・　有　　（有の場合、休業の理由及び休業期間を記入） | | | | | | | | | |
| 休業の内容　※在職期間中に休業期間のある方は、その全てを次に記入し、証明書を添付してください。（すでに証明書を提出済の場合は期間のみ記入してください。） | | | | | | | | | | |
| □産前産後休暇 □育児休暇 □傷病休暇  □その他（休業事由）  （　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | | | | | |
| □産前産後休暇 □育児休暇 □傷病休暇  □その他（休業事由）  （　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | | | | | |
| □産前産後休暇 □育児休暇 □傷病休暇  □その他（休業事由）  （　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | | | | | |
| □産前産後休暇 □育児休暇 □傷病休暇  □その他（休業事由）  （　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | | | | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。  　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　法人名／施設・事業所名  社判  　　　　　　　代表者／管理者役職・氏名  　　　　　　　担当者役職・氏名  　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | |