

介護職員等業務従事証明書

年 月 日

香川県社会福祉協議会会長 様

届出者住所：

届出者氏名：

印

下記のとおり業務の従事状況の証明書を提出します。

証明 事項	所在地及び 電話番号	〒 - 電話 ()
	施設名又は 所属団体名	
	職 種	
	雇用期間	年 月 日 から
	雇用期間の うち介護等 の業務従事 期間	年 月 日～ 年 月 日 業務内容 ()
	退 職 日	
上記のとおり相違ありません。 年 月 日 業務従事先施設（所属団体） の長の職及び氏名 印		