

業務従事証明書

- 1 郵便番号 〒 _____
- 2 住 所 _____
- 3 電話番号 _____ (_____)
- 4 氏 名 _____
- 5 生年月日 _____年____月____日
- 6 介護福祉士登録年月日 _____年____月____日
- 7 施設の種類・従事する職種 _____ / _____
- 8 業務の内容（詳細に） _____

上記のとおり、_____年____月____日から_____年____月____日まで
（うち休職期間 _____年____月____日から_____年____月____日）
業務に従事していたことを証明します。

年 月 日

静岡県知事

様

施設所在地

施設名

代表者

㊟