

【記入例】

様式第 14 号（第 8 条、第 17 条関係）

福祉系高校修学資金 返還免除対象業務従事期間証明書

社会福祉法人宮崎県社会福祉協議会会長 殿

下記の者は、以下のとおり介護福祉士として介護等の業務に従事していることを証明します。

借受人番号	第●●-●●●●●●-●●●●●●号		
フリガナ 借受人氏名	フクシ タロウ 福祉 太郎	生年 月日	●●年 ●月 ●日

※下記については事業所もしくは法人が全て記入してください。本人は記入しない！

返還免除対象 業務従事先	所在地	〒●●●●-●●●● ※従事施設の住所 電話 ※従事施設の連絡先	
	施設・ 事業所名	(例) ▲▲園	
	施設・ 事業所の 種類	(特別養護老人ホーム、放課後等デイサービス、等) (例) 特別養護老人ホーム	
	職種	介護職員	
	施設・	※該当するいずれかに <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス等を提供する事業所若しくは施設又 号訪問事業若しくは第一号通所事業を実施 業所における介護職員等 外の障害福祉等福祉分野事業所若しくは施 ける障害福祉職員	
従事期間	●●年 ●月 ●日から ●●年 ●月 ●日まで (●年 ●か月)	提出する前年度の従事期間を記入してください。 (例) 令和 4 年 4 月 30 日が提出期限の場合、全 和 3 年 4 月 1 日から令和 4 年 3 月 31 日	
上記期間で介護の業 務に従事した日数	●●●日	休日など介護等業務に従事しなかつ た日は除いてください。	
上記期間中の 休業期間	出産 休暇 年 月 日～ 年 月 日 育児 休暇 年 月 日～ 年 月 日 _____ 休暇 年 月 日～ 年 月 日		

●●年 ●月 ●日

業務従事先の施設（所属団体名）

代表者の職及び氏名

従事先の代表者の職及び氏名を記入
し、証明者の公印を押してくださ

公印