

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		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。

返還免除対象 業務従事先	所在地	〒	—
		電話	( )
	施設・ 事業所名		
	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)	
	職種		
	施設・ 事業所及 び職種に ついて	※該当するいずれかに <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 居宅サービス等を提供する事業所若しくは施設又は第一号訪問事業若しくは第一号通所事業を実施する事業所における介護職員等 <input type="checkbox"/> 上記以外の障害福祉等福祉分野事業所若しくは施設における障害福祉職員 <input type="checkbox"/> その他施設 ( )	
雇用形態	常勤	非常勤	その他 ( )
従事期間	年 月 日から	年 月 日まで	( 年 か月)
上記期間で介護の業務に従事した日数	日		
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

公印