

介護分野就職支援金 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、以下のとおり介護職員等として返還免除対象業務に従事していることを証明します。

借受人番号	第 号		
借受人氏名		生年 月日	年 月 日
返還免除対象 業務従事先	所在地	〒 ー 電話 ()	
	施設・事業所名		
	施設・事業所種類	(例：特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、通所介護、等)	
	職 種		
	施設・事業所 及び 職種について	該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <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 実施する事業所であって、介護職員その他主たる 業務が介護等の業務 <input type="checkbox"/> 上記以外 ()	
	雇用形態	常勤	非常勤
従事期間	年 月 日から 年 月 日まで	(年 か月)	
上記期間で介護職員等の業務に従事した日数	日		
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