

様式第14号(第8条、第17条関係) **【記入例】**

介護福祉士実務者研修受講資金 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 3-●●●●●-●●●●●号		
借受人氏名	福祉 太郎	生年 月日	●●年 ●月 ●日
所在地	〒880-0805 宮崎県宮崎市橘通東〇丁目□番△号 電話0985(00)0000		
	施設又は 事業所名	介護老人福祉施設ミヤザキ	
従事期間については、提出する前年度の従事期間を記入してください。 (例) 令和2年4月15日が提出期限の場合 平成31年4月1日から令和2年3月31日	介護老人福祉施設	常勤	非常勤 其他()
従事期間	●●年 4月 1日から ●●年 3月 31日まで (1年 か月)		
うち介護等の業務 に従事した日数	249日		
休業期間	出産 休暇	年 月 日～	年 月 日
業務従事期間内において実際に介護等の業務従事した日数を記入してください。 休日、休暇、病気、退職等で介護業務等に従事しなかった日を除いてください。		月 日～	年 月 日
		月 日～	年 月 日
		月 日～	年 月 日

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い。

●●年 ●月 ●日

法人名/施設・事業所名 社会福祉法人〇〇
介護老人福祉施設ミヤザキ
代表者の職及び氏名 代表 宮崎 太郎

公印
公印