

介護分野就職支援金
在職証明書（その 1）

社会福祉法人
福岡県社会福祉協議会会長 様

下記のとおり、介護職員等（※）として業務に従事していることを証明します。

従業者氏名	(S ・ H 年 月 日生)
事業所名	
事業所所在地	〒
サービス種別	
介護保険事業所番号	
職 種	
雇用形態	<input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> 常勤（正職員以外） <input type="checkbox"/> 非常勤・パート
勤務状況 ※（ ）□に記入	① 1 日あたりの勤務時間（ ）時間 ② 1 週間あたりの勤務日数 週（ ）日 <input type="checkbox"/> 週 20 時間以上、1 年あたり 180 日以上の業務従事が想定される者です <input type="checkbox"/> 週 20 時間以上、2 年間（在職期間が 720 日以上かつ業務従事期間が 360 日以上）業務に従事しました
勤務開始日	令和 年 月 日
休職・停職期間	年 月 日 ～ 年 月 日 (理由：)

※ 介護保険法に規定する居宅サービス等を提供する事業所若しくは施設、第一号訪問事業所若しくは第一号通所事業を実施する事業所において、介護職員その他主たる業務が介護等の業務である職員をさします（相談業務・施設業務は含みません）。

令和 年 月 日

法人名
法人代表者職名・氏名

(公印)
証明書作成者の所属・氏名
連絡先 TEL () —