

様式第 3 0 号

福祉系高校修学資金・福祉系高校修学資金返還充当資金
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、福岡県内で返還免除対象業務（※）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	
分 野 () □ に記入	<input type="checkbox"/> 高齢者 → <input type="checkbox"/> 介護保険サービス事業所 (介護保険事業所番号) <input type="checkbox"/> 介護保険サービス事業所ではない <input type="checkbox"/> 児童 <input type="checkbox"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> その他
サービス種別	
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、3 年間 (在職期間が 1, 095 日以上かつ業務従事期間が 540 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 :)

※ 「返還免除対象業務」とは、昭和 63 年 2 月 12 日社庶第 29 号社会局長・児童家庭局長連名通知「指定施設における業務の範囲等及び介護福祉士試験の受験資格に係る介護等の業務の範囲について」の別添 1 に定める職種若しくは別添 2 に定める職種又は当該施設の長の業務をいいます。

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 () —