

(細則) 第5号様式

従事期間証明書 (再就職準備金)

年 月 日

社会福祉法人
岐阜県社会福祉協議会 会長 様

住 所	〒 ー
氏 名	

上記の者は、次のとおり業務に従事したことを証明します。※1

施設所在地	〒 ー	電話番号 ()
法人名および 施設・事業所名称		
施設の種類 (サービス種類)		
職 種 (主たる業務)		
在 職 期 間	年 月 日から 年 月 日まで	《 従 事 日 数 》 日

年 月 日

業務従事先の施設(所属団体)の長の 職名

氏名

公印※2

※1 直近に就労していた事業所等で介護業務に1年以上就労(在職期間通算365日以上かつ従事日数180日以上)していたことが証明できない場合は、直近より以前に就労していた事業所等からも証明を受け、通算1年以上になるよう従事期間証明書を複数枚提出すること。

※2 証明者欄には施設の長の公印(私印は不可)を押してもらうこと。施設の長の公印が無い場合は、法人の代表者の印でも可。