

(離職介護人材再就職準備金)

同一期間内に複数の事業所に所属する(掛け持ちしている)方のみ記入が必要です。
なお、所属する事業所ごとに提出していただく必要があります。

従事日数内訳書

(西暦) 年 月 日

東京都社会福祉協議会会長 様

住所 〒

氏名 ⑩

TEL - -

下記のとおり、介護職員等の業務に従事しました。

法人名及び 施設・事業所名称	
所在地	〒 - TEL ()

(介護職員等の業務に従事した日に○をつけてください。)

年月(西暦)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計		
年 月																																		日
年 月																																		日
年 月																																		日
年 月																																		日
年 月																																		日
年 月																																		日
年 月																																		日
年 月																																		日
年 月																																		日
年 月																																		日
年 月																																		日
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計		

合計 日

上記のとおりであることを証明します。

(西暦) 年 月 日

東京都社会福祉協議会会長 様

従事先管理者
職名及び氏名

社判