

<離職介護人材再就職準備金>

介護職員等業務従事届

西暦) 年 月 日

東京都社会福祉協議会会長 様

貸付番号

住所 〒 -

氏名

印

TEL - -

下記のとおり介護職員等の業務に従事したので届け出ます。

法人名			
施設・事業所名			
所在地	〒 - TEL - -		
施設・事業所種別			
	介護保険事業所番号		
職種		雇用形態	常勤・非常勤
従事期間	西暦) 年 月 日 から 年 月 日まで / 現在まで		
	非常勤の場合のみ 上記期間中の従事日数 ()日 ※非常勤で勤務した場合は、必ず裏面の「従事日数内訳書」もあわせてご記入ください。 ※同一期間内に複数の事業所で勤務した場合は、それぞれの事業所の「介護職員等業務従事届」 「従事日数内訳書」が必要です。		
休職期間	西暦) 年 月 日 から 年 月 日まで		

*この様式で証明を得ることが難しい場合は、施設長等が発行する勤務証明書に代えることができます。

*休職期間がある場合は、その事実を証明する書類を添付してください。

介護職員等業務従事証明書

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