

兵庫県介護福祉士修学資金等  
業務従事証明書

社会福祉法人 兵庫県社会福祉協議会 会長 様

貸付番号			
氏名		電話 番号	

職種 (いずれかに○)	1 介護等の業務 ・ 2 福祉に関する相談援助業務		
従事先の施設名			
従事先の市町	※市区町名のみで可		
雇用期間※1 (業務従事期間)	年 月 日から	年 月 日まで	
うち業務に従事した 日数※2	日間 ※実際に勤務した日数を記入してください		
育休の有無 (いずれかに○)	有 ・ 無		
欠勤の有無 (いずれかに○)	有 ・ 無		
病気休業の有無 (いずれかに○)	有 ・ 無		

この証明書は、退職など従事先を変更したときや返還免除申請時に提出が必要です。

※1 業務従事者がホームヘルパー等の便宜を供与する事業を行う者に使用される者の場合は、雇用契約上の登録期間を雇用期間と読み替えて記入してください。

※2 ・ 有給休暇、産前産後休暇は日数に含めてください。  
・ 欠勤、病気休業、育児休業等で従事しなかった日数は除いてください。  
・ 1日の勤務時間は問いません(短時間でも1日として計算)。

上記のとおり就労している(していた)ことを証明します。

記入日：令和 年 月 日

住 所  
法人名(又は施設名)  
代表者名(又は施設長名)公  
印

作成者氏名：	担当部署・役職：	電話番号(直通)：
--------	----------	-----------

&lt;裏面に留意事項がありますのでご覧ください&gt;

裏面（留意事項）

「業務従事証明書」発行にあたりましては、以下の事項にご留意願います。

1 雇用期間について

- ・雇用期間に中断期間がある場合は、中断期間を除き 2 段書きで記載してください。
- ・業務開始からの期間となります。事業所等開設前の開設準備期間等は就業期間に含まれません。

2 業務従事日数について

- ・介護職員等として、実際に当該業務に従事した日数を記載してください。
- ・貸付の返還免除となるためには、介護職員等として従事した以下の期間が必要です。

◆返還免除期間 2 年 就業期間が通算 730 日以上であり、かつ、業務に従事した期間が 360 日以上

3 証明者について

- ・「施設名」は借受者が実際に業務に従事していた施設名称、市町を記入してください。
- ・借受者の在職期間以降に、事業所等の名称が変更になった場合などは、現在の名称で証明書を発行し、「施設名」欄の横に括弧書きで旧名称及び事業開始（廃止）年月日を記載してください。
- ・証明印は公印を押印してください。個人経営で公印がない場合は、役所等に公的書類を提出する際に使用している印鑑を押印してください。

4 その他

- ・同一法人内で、複数の事業所又は施設に勤務していた場合は、施設名欄等をそれぞれ記載してください。
- ・個人印での訂正は不可です。記載内容を訂正する場合は、証明印と同じ印鑑を訂正印として押印し、訂正してください。
- ・フリクションペンなど、文字が消えるペンは使用しないでください。