（様式第 16 号）　　介護

業務従事期間証明書

年　　月　　日

社会福祉法人長野県社会福祉事業団理事長　様

（被貸付者記入欄）

貸付番号		
被貸付者の住所	〒 電話（自宅　　／携帯　　）	
フリガナ		生年月日
氏　　名	印	年　　月　　日（　　歳）

（業務従事先による証明記入欄）　**<u>※被貸付者本人が記入した場合は無効となります。</u>**

業務従事先	所在地及び電話番号	〒 （電話　　（　　）　　）			
	法人名				
	配属先（施設名）	職種（業務内容）	期間	所在地（住所）	
1			年　月　日から 年　月　日まで		
2			年　月　日から 年　月　日まで		
3			年　月　日から 年　月　日まで		
※　正規職員以外の場合は必ずご記入ください　⇒　<u>月の平均勤務日数　　日</u>					
休職等 有・無	**左記が 有（在職期間に産・育休、療休等が含まれる）の場合** <u>期間：　年　月　日から　　年　月　日まで（理由：　　）</u> <u>期間：　年　月　日から　　年　月　日まで（理由：　　）</u>				

上記のとおり返還免除対象業務に従事していたことを証明します。

☐　証明年月日　　<u>令和　　年　　月　　日</u>

☐　**法人名** 及び 施設名　　----------

☐　施設等の長の役職　　----------

☐　施設等の長の氏名　　----------

公印

（注）返還免除対象業務は事業団ホームページを参照してください。