福祉系高校修学資金、福祉系高校修学資金返還充当資金用（就職・退職・免除共通）

高修・高充

**就　労　証　明　書**

山口県社会福祉協議会会長 様

※記入例をご参照のうえ、すべて事業所の方が記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 就  労  者 | |  |  | |
| 住　所 | 〒 | |
| 施設・事業所の名称  （具体的な施設名を記入） | | |  | |
| 施設・事業所の所在地 | | |  | |
| 業務の職種 | | | （該当に☑チェックし、介護職員以外の場合は職種をご記入ください）  □ 介護職員　□ 介護職員以外（　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 主な業務の内容 | | |  | |
| 在職期間 | 月平均１５日以上  勤務の場合  （正職員・常勤・パート等） | | 年　　月　　日から  （月平均　　　　日程度勤務） | □　　 　年　 　月　 　日終了  □ 証明日現在引き続き従事中 |
| 月平均１５日未満  勤務の場合  （非常勤・パート等） | | 年　　月　　日から  （月平均　　　　日程度勤務）  介護福祉士登録日～証明日までの実勤務日数をご記入ください  （実勤務日数　　　　　　日間） | □　　　　年　 　月　 　日終了  □ 証明日現在引き続き従事中 |
| 在職期間中で  就労しなかった期間  （該当に☑チェックしてください） | | | 年　　 月　　 日　～　　　　　年　　 月　　 日  □ 出産・育児休暇　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 施設・事業所等区分  （該当に☑チェックしてください） | | | * 居宅サービス等を提供する施設・事業所、第一号訪問事業を実施する施設・事業所、第一号通所事業を実施する施設・事業所   □　上記以外の事業所 | |
| 就労状況は上記のとおり相違ありません。    　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　〒  　　　　　　　　　　　　　所在地  　　　　　　　　　　　　　法人等の名称  　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　公印    　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　　　　　　　　（記入担当者名：　　　　　　　　　　直通電話：　　　　　　　　　）  ※証明内容について職場へ照会させていただくことがあります。 | | | | |

（注）１ 記入内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で消し、公印を押印して正しい内容を記入してください。

　　　２ 法人内異動がある場合は、施設・事業所による証明ではなく法人による証明としてください。

　　　３ 主たる業務が介護等の業務ではない期間は、返還免除の対象業務に従事した期間に算入できません。