

# 業務従事届

年 月 日

社会福祉法人  
埼玉県社会福祉協議会会長 様

申請者	氏名	(貸付番号 )		
	住所	〒	—	携帯電話 番号
	取得 資格			

【勤務先記入欄】事業主が記入してください。※申請者記入不可

職員氏名			
勤務先名称			
勤務先住所	〒	—	
雇用開始日	年	月	日
業務従事期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (取得資格を使った勤務開始日) (証明日現在 / 退職日・最終在籍日)		
	【上記期間のうち、業務中断(休業)期間がある場合のみ記入】 中断期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 中断理由:		
業務従事時間・日数	① 1日あたりの労働時間 ( ) 時間 ② 1週間あたりの勤務日数 ( ) 日 ③ 在籍期間の勤務日数 ( ) 日 ※週20時間以上の雇用が対象となります。有給休暇は含みません。		
雇用形態(該当に○)	正職員 ・ 非常勤職員 ・ パート又はアルバイト ・ その他 ( )		
職 種		業務内容	
在籍の有無(該当に○)	証明日現在において 在籍している ・ 退職した ( 年 月 日 ) 異動した ( 年 月 日 )		
備 考			

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日 施設・事業所等名

(証明日は必ず勤務先が記入してください)

※ 雇用開始日以降の日  
又は退職時は最終在籍日以降の日

代表者名

事業所の  
公印

## 業務従事届

2026年 〇月 〇日

社会福祉法人  
埼玉県社会福祉協議会会長 様実際に記入した日付を  
忘れずに記入してください

申請者	氏名	埼玉 花子 (貸付番号 HN9999 HS9999 )		
	住所	〒330-0075 さいたま市浦和区針ヶ谷4-〇-〇	携帯電話 番号	090-0000-0000
	取得 資格	看護師		

【勤務先記入欄】事業主が記入してください。※申請者記入不可

職員氏名	埼玉 花子		
勤務先名称	医療法人彩の国会 彩の国すこやか病院		
勤務先 住所	〒330-8529 さいたま市浦和区針ヶ谷4-2-〇		
雇用開始日	2024年4月1日		
業務従事期間	2024年4月1日～2026年4月15日 (取得資格を使った勤務開始日) (証明日現在 / 退職日・最終在籍日)		
	【上記期間のうち、業務中断(休業)期間がある場合のみ記入】 中断期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 中断理由:		
業務従事時間 ・日数	① 1日あたりの労働時間 ( 8 ) 時間 ② 1週間あたりの勤務日数 ( 5 ) 日 ③ 在籍期間の勤務日数 ( 235 ) 日 ※週20時間以上の雇用が対象		
雇用形態 (該当に○)	正職員・非常勤職員 その他 ( )		
職 種	看護師	業務内容	入院患者への看護業務
在籍の有無 (該当に○)	証明日現在において 在籍している・退職した( 年 月 日) 異動した( 年 月 日)		
備 考			

上記のとおり相違ないことを証明します。

事業所印を押印して  
ください(個人印不可)

2026年 4月 15日

施設・事業所等名

医療法人彩の国会  
彩の国すこやか病院

(証明日は必ず勤務先が記入してください)

※ 雇用開始日以降の日  
又は退職時は最終在籍日以降の日

代表者名

理事長 ○○ ○○

事業所の  
公印