様式第７号

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 （　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（該当に〇）	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（該当に〇）	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）

代表者名

※ 雇用開始日以降の日
又は退職時は最終在籍日以降の日

事業所の
公印

【埼玉県高等職業訓練事業】

様式第７号

記入例

業務従事届

２０２５年　○月　○日

実際に記入した日付を
忘れずに記入してください

社会福祉法人
埼玉県社会福祉協議会会長　様

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-○-○**	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-**		
雇用開始日	2023 年 4 月 1 日		
業務従事期間	2023 年 4 月 1 日～ 2025 年 4 月 15 日 （ 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			

「取得資格」にて雇用契約を交わした日付を記入してください

上記の「業務従事期間」内で、実際に業務に従事した日数を記入してください

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）

2025年　**4**月　**15**日

（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

施設・事業所等名　**医療法人彩の国会**
彩の国すこやか病院

代表者名　**理事長**　○○　○○

事業所の公印

【埼玉県高等職業訓練事業】