

事業主のみなさま

*この書類は、埼玉県社会福祉協議会で実施している事業において必要な書類です。

*お手数ですが、記入を依頼した従業員・職員の方の勤務状況についてご記入ください。

*書類の書き方について、ご不明点がございましたら下記までお問い合わせください。

埼玉県社会福祉協議会福祉人材センター

☎048-824-3370（平日9時～17時）

提出日を記入

2025年 6月 30日

【勤務先施設記入欄】 事業主が記入してください。※申請者記入不可

就業先 情報	名 称	シャキたま株式会社 すこやか支店	
	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇 4-	
	職 種	事務職	
	雇用形態 (該当に○)	正職員・常勤・非常勤・	
	雇用契約日	2023 年 4 月 1 日	
	就業期間	2023 年 4 月 1 日 ~ 2025 年 6 月 30 日 (上記期間のうち、中断（休業）期間がある場合のみ記入) 中断期間： 年 月 中断理由（具体的に記入） ()	
1 週間の 勤務時間 (平均)	① 1 日あたりの勤務時間 (8) 時間 ② 1 週間あたりの勤務日数 (5) 日 ③ 1 週間あたりの勤務時間 (40) 時間 ※週 20 時間以上の雇用であることを確認します。		

【令和7年4月より前から就職している方】
雇用契約日から就業期間証明書記入日（又は退職日）までを記入。※勤務先が証明した日より先（未来）の日付は記入不可

【令和7年4月以降に就職した方】
雇用期間に定めがない場合は、左側の業務開始日のみを記入（右側の年月日は空欄）

訂正した場合は二重線で抹消し、就業先の公印で訂正印を押印（修正テープ不可）

シャキ 7.5
(~~8~~)

上記のとおり相違ないことを証明します。

2025 年 6 月 30 日

(証明日) 勤務先が記入してください

勤務先が、業務に従事していること
を証明し記入・押印した日を記入

就業先の会社・団体名

シャキたま株式会社 すこやか支店

就業先の公印で押印

就業先の代表者氏名

代表 埼玉 花子

シャキ
公印