様式第２号（第７条関係）

返還免除対象業務従事期間証明書

延岡市長

下記の者は、以下のとおり介護福祉士等として返還免除対象業務に従事していることを証明します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  従事者氏名 |  | | 生年  月日 | 年 　月 　日 |
| 従事先 | 所在地 | 〒　 －  電話　　　（　　） | | |
| 施設又は  事業所名 |  | | |
| 施設又は  事業所の種類 |  | | |
| 従事期間  （月の日数のうち１日以上就労していれば  １か月と数える） | か月  （　　　年　 月　 日～　　　年　 月　 日まで） | | | |
| 休業期間 | 出産休暇 　　　年 　月 　日～ 　　年 　月 　日  育児休暇 　　　年 　月 　日～ 　　年 　月 　日  　　休暇 　　　年 　月 　日～ 　　年 　月 　日 | | | |

年 　月 　日

就労先の施設（就労団体名）

代表者 の職及び氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印