

# 雇用証明書

平成 年 月 日

社会福祉法人 茨城県社会福祉協議会長 様

施設又は事業所名

代表者氏名・印

所在地

(電話番号)

下記の者は、当施設における下記の業務の従事者であることを証明します。

1 貸付金申請者

(ふりがな)

氏 名

.....

現 住 所 〒 ー

2 施設等の種類

3 職 種

4 雇用開始年月日 平成 年 月 日