

業務従事期間証明書

平成 年 月 日

社会福祉法人 茨城県社会福祉協議会長 様

フリガナ		生年月日及び年齢
氏名	①	昭和・平成 年 月 日生 (歳)
住所	〒 -	
電話番号	()	

上記の者は、平成29年度について下記のとおり業務に従事（予定含む）したことを証明します。

業務従事先	所在地等	〒 - 電話番号 ()
	施設名又は所属団体名	
	職種	<input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 保育教諭
業務従事期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日（予定）まで	

平成 年 月 日

就労保育所等の所在地・名称・代表者氏名・印