

業務従事期間証明書

令和 年 月 日

社会福祉法人茨城県社会福祉協議会会長 様

貸付番号				—				
住 所	〒 — 電話 — —							
フリガナ					生年月日			
氏 名					昭和・平成 年 月 日 (歳)			

上記の者は、次のとおり従事していたことを証明します。

業 務 従事先	所在地及び 電話番号	〒 — 電話 — —					
	施設名又は 所属団体名						
	職 種						
業務従 事期間	平成・令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで (年 箇月)						

※1年あたりの必要最低従事日数は、180日以上とする。

※返還免除対象期間の計算について

- ①5年 在職期間が通算1,825日以上であり、かつ、業務に従事した期間が900日以上
- ②3年 在職期間が通算1,095日以上であり、かつ、業務に従事した期間が540日以上
- ③2年 在職期間が通算 730日以上であり、かつ、業務に従事した期間が360日以上

令和 年 月 日

業務従事先の施設（所属団体）長の職名及び氏名

印