

業務従事期間証明書

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	〒 -	
フリガナ		生年月日
氏 名	(印)	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	
業務 従事 期間	年 月 日 から 年 月 日 まで (年 箇月) ※ (週 時間程度勤務)	

年 月 日

業務従事先の長の職及び氏名

(印)