

業務従事期間証明書

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		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	1 在職期間 年 月 日 から			
	年 月 日 まで (年 箇月間) ・現在就業中			
	2 業務従事日数 (日間)			
業務従事 中断期間	あり 年 月 日から 年 月 日まで 中断理由 () ※			
	なし			

※産休・育休、病気休職、欠勤等

年 月 日

業務従事先の施設 (所属団体)

代表者の職

代表者氏名

印