

(保育士修学資金)

## 業務従事期間証明書

すべて従事先にて記入してください

社会福祉法人 神奈川県社会福祉協議会 会長 殿

修学生番号	J								
住所及び連絡先	〒 - 電話 ( ) 携帯電話 ( )								
フリガナ					生年月日				
氏名					年 月 日 ( 歳)				
業務従事先	所在地及び電話番号	〒 - 電話 ( )							
	法人名								
	施設種別								
	施設名								
	職種	保育士・保育教諭・その他 ( )							
	雇用形態	正職員・正職員以外(非常勤・派遣・他)							
業務従事期間	年 月 日から 年 月 日まで ( 年 箇月) ※正職員以外の場合は週の従事日数(又は時間数)でお書きください ( 日/週 ・ 時間/日)								

上記のとおり従事していたことを証明します。

証明日： 年 月 日

法人名および施設

代表者 役職名

代表者 氏名

公印

※記載内容に関する照会先

部署名

担当者名

電話番号