

すべて従事先にて記入してください

業務従事期間証明書

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	S								
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	介護職員・相談員 その他 ()							
	雇用形態	正職員・正職員以外							
業務従事期間	年 月 日から 年 月 日まで (年 箇月) <small>※ 正職員以外の場合は週の従事日数および 1 日の従事時間数でお書きください</small> (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 _____