

(保育士修学資金)

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

フリガナ		生 年 月 日
氏 名		年 月 日 (歳)

下記の欄で従事内容を証明してください。

業 務 従 事 内 容	従 事 先 情 報 (働いていた場所 又は働いている場所)	〒 _____ 住 所 電 話 ()
	法 人 名	
	施 設 種 別 (○をつけてください)	認可保育園 ・ 認可外保育円 ・ 幼保連携認定こども園 小規模保育事業 ・ 事業所内保育事業 ・ 認定こども園 その他 ()
	施 設 名	
	職 種	保育士 ・ 保育教諭
	雇 用 形 態 業 務 従 事 期 間	・ 正職員 年 月 日から 年 月 日まで ・ 正職員以外 (非常勤 ・ 派遣 ・ 他) 1日あたりの時間、週の従事日数を記入してください。 ※1日あたり 時間 で 週 日 年 月 日から 年 月 日まで

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

訂正がある場合、修正液等は使用せず、二重線で訂正の上、公印を押してください。(修正テープ・私印使用不可)