

# 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								
フリガナ					生 年 月 日				
氏 名					年 月 日 ( 歳)				
業 務 従 事 先	従 事 先 情 報 (働いている、又は、 働いていた場所)	〒 - 住 所 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 業務従事期間	<input type="checkbox"/> 正職員 _____ 年 月 日から _____ 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 正職員以外 ( 非常勤 ・ 派遣 ・ その他 ) _____ 年 月 日から _____ 年 月 日まで ※正職員以外の場合は週の従事日数および1日の従事時間数をご記入ください。 ( 1日あたり _____ 時間 で 週 _____ 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 \_\_\_\_\_

※記載内容に関する照会先

部署名 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

公印

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)

問い合わせ先 神奈川県社会福祉協議会 福祉人材センター 貸付担当 045-312-4816