

# 業務従事証明書

年 月 日

社会福祉法人 福井県社会福祉協議会会長 様

就業施設等の所在地

〒 -

TEL ( ) -

就業施設等の名称

就業施設等の長の職および氏名

印

次のとおり、業務に従事していることを証明します。

|                             |   |  |
|-----------------------------|---|--|
| 業務従事者                       | 氏名  |  |
|                             | 住所  |  |
| 業務の種類                       |   |  |
| 勤務形態                        | 常勤(月 日勤務) ・ 非常勤・アルバイト(月 日勤務)  |  |
| 業務従事期間<br>(1・2いずれかに○をつけ、記入) | 1. 年 月 日から現在も業務に従事<br>中断(休業等)期間 年 月 日から 年 月 日まで<br>中断(休業等)理由( )<br>2. 年 月 日から 年 月 日まで業務に従事<br>中断(休業等)期間 年 月 日から 年 月 日まで<br>中断(休業等)理由( ) |  |