

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	正規職員(週 時間勤務) 非常勤職員・パート・その他() (週 時間勤務)	
業務従事期間	1. 年 月 日から現在も業務に従事 中断(休業等)期間 年 月 日から 年 月 日まで 中断(休業等)理由() 2. 年 月 日から 年 月 日まで業務に従事 中断(休業等)期間 年 月 日から 年 月 日まで 中断(休業等)理由()	