

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

(就業施設の種別)

就業施設等の長の職および氏名

公印

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	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()	