

# 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 ( ) -

就業施設等の運営法人の名称

就業施設等の名称

就業施設等の長の職および氏名

㊞

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	
職種		
業務の種類		
雇用形態 *該当するものに ○をつけてください	正規職員・ <u>非常勤職員</u> ・パート・アルバイト ↓ 正規職員ではない場合、労働日数および労働時間は正規職員の3/4以上で ある ・ ない	
業務従事期間	1. 年 月 日から現在も業務に従事 中断(休業)期間 年 月 日から 年 月 日まで 中断(休業)理由( ) 2. 年 月 日から 年 月 日まで業務に従事 中断(休業)期間 年 月 日から 年 月 日まで 中断(休業)理由( )	