

業務従事期間証明書

年 月 日

社会福祉法人 高知県社会福祉協議会 会長 様

貸付番号			
住 所	〒 -		
氏 名		生年月日	年 月 日

上記の者は、次のとおり従事していたことを証明します。

業務従事先	所在地及び 電話番号	〒 - 電話 ()
	施設・事業所名(注)	
	職 種	
	勤務形態	常勤(フルタイム勤務) 非常勤・パート
業務従事期間	(自) 年 月 日 から	
	(至) 年 月 日 まで ・ 現在就業中	
	(注) 証明日において引き続き就業中の場合、「現在就業中」に○をして下さい。	
	※上記の期間のうち、長期休職期間が有る場合はこちらもご記入ください。 (産休・育休、病休など)	
	(自) 年 月 日 から	
業務従事日数	(至) 年 月 日 まで	
	ア 900日以上 イ その他 (日) ※実際の出勤日数をご記入ください。(公休、有休など休日は含めません。)	

(注) 施設・事業所名については、事業種別が確認できる名称を記載してください。

年 月 日

業務従事先の施設(所属団体) 名

施設(所属団体)の長の職及び氏名

