

業務従事期間証明書

長崎県社会福祉協議会会長 様

| | | | |
|---------------------------------------|----------|----------|--------------|
| 貸付番号 | | | |
| 養成施設等名 <small>(学科・専攻まで詳しく)</small> | | | |
| 養成校卒業日 | 令和 年 月 日 | 資格取得年月日 | 令和 年 月 日 |
| 申請人の住所等 | 〒 _____ | | |
| | 自宅電話 () | 携帯電話 () | |
| 氏 名 | | 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日生 |

| | |
|-------------|----------------------------------|
| 従 事 先 名 | 連絡担当者名 |
| 従 事 先 住 所 等 | 〒 _____ 電話 () |
| 職 種 | |
| 従 事 期 間 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで (年 ヶ月) |
| 備 考 | |

私は上記期間のとおり指定業務に従事しましたのでお届けいたします。

令和 年 月 日

氏名



上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

業務従事先の住所

業務従事先の名称

業務従事先の長の職及び氏名

