

# 業務従事証明書

令和 年 月 日

社会福祉法人 長崎県社会福祉協議会会長 様

事業所の所在地  
〒 -

TEL ( ) -

事業所の名称

事業所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.平成・令和 年 月 日から現在も業務に従事 中断(休業)期間 平成・令和 年 月 日から平成・令和 年 月 日まで 中断(休業)理由( ) 2.平成・令和 年 月 日から平成・令和 年 月 日まで業務に従事 中断(休業)期間 平成・令和 年 月 日から平成・令和 年 月 日まで 中断(休業)理由( )	