

業務従事期間証明書

年 月 日

社会福祉法人大阪府社会福祉協議会会長 様

<本人記入欄>

修学生番号			
住 所	〒 _____ 電話 ()		
フリガナ		生 年 月 日 (西暦)	
氏 名		年 月 日 (歳)	

上記の者は、次のとおり従事していたことを証明します。

<雇用先記入欄 ※業務従事先の内容を記入>

業務従事先	所在地及び電話番号	〒 _____ 電話 ()
	施設名又は事業所名	
	職 種	
期 間	業務従事期間	20 年 月 日 から 20 年 月 日まで 在職・退職 (上記従事期間に実際に勤務した日数 _____ 日)
	上記業務従事期間のうち、 休職期間の有無について	いづれかに○をしてください ・ な し ・ あ り → 理由 : _____ 期間 : 20 年 月 日から 20 年 月 日まで ※休職期間は返還免除に必要な業務従事期間に算入できません
	【事業所等に 登録している方 (ホームヘルパー、 家政婦等)】	◇登録日数 _____ 日 (20 年 月 日 から 20 年 月 日まで) (20 年 月 日 から 20 年 月 日まで) ◇業務従事日数 _____ 日

<雇用先記入欄>

年 月 日

雇用先の法人・会社名 _____

責任者の役職名及び氏名 _____ 社判