

## 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

&lt;本人記入欄&gt;

修学生番号			
住所	〒	—	電話 ( )
フリガナ			生 年 月 日
氏名	Ⓜ		19 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。

&lt;業務従事先記入欄&gt;

業務従事先	所在地及び 電話番号	〒	—	電話 ( )
	施設名又は 所属団体名			
	職種			
期間	業務従事期間	20 年 月 日 から 20 年 月 日 まで		
	上記業務従事 期間のうち、 休職期間の 有無について	・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		

年 月 日

業務従事先の施設(所属団体)の長の職および氏名 \_\_\_\_\_ 印