

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	
氏 名	

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>

所在地及び 電話番号	〒 _____ 電話 ()
施設名又は 事業所名	
職 種	
業務従事期間	_____年 月 日 ~ _____年 月 日
上記業務従事 期間のうち、 実際に従事した日数	_____日 (有給含む)
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
在職状況 ※①・②のどちらか に○をしてください	記入日時点において、 ①在職している ・ ②退職している

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

担当者名 _____

連絡先 _____