

業務従事期間証明書

年 月 日

社会福祉法人三重県社会福祉協議会会長 様

貸付番号	
フリガナ	
氏名	
生年月日	年 月 日生（ 歳）
住所	〒 -
電話番号	自宅（ ） - 携帯 - -

業務従事先	所在地及び電話番号	〒 - 電話（ ） - FAX（ ） -	
	施設名又は所属団体名	(介護保険事業所番号)	
	職種		
在職期間	年 月 日から 年 月 日まで	実働勤務日数	日間 (年 ヶ月)

※在職期間は産休、育休、疾病等の理由で業務に従事しなかった期間は除いてください。

上記のとおり従事していたことを証明します。

年 月 日

業務従事先の法人名及び施設名 _____

代表者の職名及び氏名 _____

印 _____