

業務従事期間証明書

社会福祉法人 秋田県社会福祉協議会長

借受人番号		
住 所	〒 ー	
フリガナ		生年月日
氏 名	Ⓜ	年 月 日 (歳)

私は、保育の業務に従事していたので、次のとおり届け出ます。

業務従事先	所在地及び 電話番号	〒 ー 電話 ()
	施設名又は 所属団体名	
	事業種別	
業務従事期間	年 月 日 から 年 月 日 まで (年 力月)	
従事した業務・職名		

上記のとおり従事していたことを証明いたします。

年 月 日

業務従事先の施設(所属団体)

の長の職及び氏名

Ⓜ