

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	〒	
フリガナ		生年月日
氏 名	⑩	年 月 日
連絡先	自宅TEL ()	携帯TEL ()

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	〒 電話 ()
	施設名	
	事業種別	保育所・認定こども園・その他()
業務従事期間	年 月 日 から 年 月 日 まで (年 ヶ月)	
うち休職期間 (産休育休等)	年 月 日 から 年 月 日 まで (年 ヶ月)	
従事していた 業務	保育業務 していた・していない()	
離職した場合は 離職理由		

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

業務従事先施設の所在地

業務従事先施設の名称

業務従事先施設長の
職及び氏名

⑩

※ 業務従事先施設の公印または法人の公印を押印してください。