

業務従事期間証明書

年 月 日

社会福祉法人長野県社会福祉事業団理事長 様

貸付番号		
住 所	〒 電話（自宅 / 携帯 ())	
フリガナ		生年月日
氏 名	印	年 月 日 (歳)

上記の者は、次のとおり返還免除対象業務に従事していたことを証明します。

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	
業務従事期間	年 月 日 から 年 月 日 まで (年 箇月)	

年 月 日

業務従事先の施設（所属団体）名

施設等の長の職及び氏名

