

訓練促進資金返還免除対象業務従事期間証明書

令和 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		
被貸付者 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。

（以下、業務従事先による記入欄 ※被貸付者本人が記入した場合は無効）

業 務 従 事 先	所在地及び 電話番号	〒 電 話 （ ）
	名 称	
	職 種	
	雇用形態	<input type="radio"/> 正規職員 ・ <input type="radio"/> 非正規職員 ※いずれかに○ （週 時間勤務）
業 務 従 事 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで （ 年 箇月 勤務 ）	

令和 年 月 日

業務従事先の名称
従事先の長の役職・氏名

公印