

業務従事期間証明書

(記入日) 年 月 日

社会福祉法人長野県社会福祉事業団理事長 様

(被貸付者記入欄)

貸付番号			
被貸付者の住所	〒 電話 (自宅 / 携帯)		
フリガナ		生 年 月 日	
氏 名		年 月 日 (歳)	

(業務従事先による証明記入欄) ※被貸付者本人が記入した場合は無効となります。

業 務 従 事 先	所在地及び 電話 番 号	〒 (電話 ())		
	法 人 名			
	配属先 (施設名)	職種 (業務内容)	期間	所在地 (住所)
1			年 月 日から 年 月 日まで	
2			年 月 日から 年 月 日まで	
3			年 月 日から 年 月 日まで	
※ 正規職員以外の場合はご記入下さい ⇒ 週 _____ 時間勤務				
休 職 等 の 有 ・ 無 ※いずれかに○	左記が 有 (在職期間に産・育休、療休等が含まれる) の場合は記入。 期間: 年 月 日から 年 月 日まで (理由: _____) 期間: 年 月 日から 年 月 日まで (理由: _____)			
上記のとおり従事していたことを証明します。				
<input type="checkbox"/> 証明年月日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 法人名 及び 施設名 _____ <input type="checkbox"/> 施設等の長の役職 _____ <input type="checkbox"/> 施設等の長の氏名 _____				

公印

(注) 返還免除対象業務については、長野県社会福祉事業団のホームページを参照してください。