

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

(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	印	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必ずご記入ください ⇒ 月の平均勤務日数 日				
休 職 等 有 ・ 無	左記が 有 (在職期間に産・育休、療休等が含まれる) の場合 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：)			
上記のとおり返還免除対象業務に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) 返還免除対象業務は事業団ホームページを参照してください。