

業 務 従 事 証 明 書

年 月 日

(社福) 栃木県社会福祉協議会長様

貸付決定番号
住 所 下

氏 名 (自署)
電 話 番 号

下記のとおり 従事している
 従事した ことを報告します。

法人名			
施設・事業所名			
施設・事業所住所／電話番号	住所 電話番号		
施設・事業種別			
業務内容		職種	
雇用形態	常勤 ・ 非常勤／パート		
雇用期間	年 月 日 ～ 年 月 日／現在まで		
上記期間中の勤務条件	休憩時間を除く実労働時間1日 時間勤務、1週 日間勤務		
休暇・休業期間の有無	無 ・ 有		
休暇等の内容 ※休暇休業のある方は、その証明を添付してください	<input type="checkbox"/> 産前産後休暇	年 月 日～ 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 育児休業	年 月 日～ 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 傷病休暇	年 月 日～ 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> その他（休業事由）	年 月 日～ 年 月 日	

上記のとおり相違ないことを証明します。

法人名／施設・事業所名

代表者／管理者名

印