

業務従事証明書

年 月 日

社会福祉法人 福井県社会福祉協議会会長 様

就業施設等の所在地
〒 -

Tel () -

就業施設等の名称

(就業施設の種別)

就業施設等の長の職および氏名

印

該当するものに○をしてください。

- 次のとおり、業務に従事していることを証明します。
- 次のとおり、業務に従事していたことを証明します。

業務従事者	氏 名	
	住 所	
業務の種類		
勤務形態 1、2いずれかに○	1. 常勤	2. 非常勤・パート・アルバイト
在職期間※ (業務従事期間) 1、2いずれかに○	1. 年 月 日から現在まで上記業務に従事	
	2. 年 月 日から 年 月 日まで上記業務に従事	
うち <u>上記期間で業務に従事した日数</u> ※	日	
育休の有無 (いずれかに○)	有 ・ 無	
欠勤の有無 (いずれかに○)	有 ・ 無	
病気休業の有無 (いずれかに○)	有 ・ 無	

【注意事項】

- ※ 在職期間が1に該当する場合は、証明日時点での日数を記載してください。
- ※ 有給休暇、産前産後休暇は日数に含めてください。
- ※ 育児休業、欠勤、病気休業等で従事しなかった日数は除いてください。
- ※ 1日の勤務時間は問いません(短時間でも1日として計算)

再就職準備金