

実務経験証明書

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 () -

就業施設等の運営法人の名称

就業施設等の名称

就業施設等の長の職および氏名

㊞

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		
雇用期間	年 月 日から 年 月 日まで	