

業務従事証明書

年 月 日

社会福祉法人 佐賀県社会福祉協議会会長 様

事業所の所在地
〒 -

TEL () -

事業所の名称

事業所代表者の職・氏名

印

次のとおり、業務に従事して(いる ・ いた)ことを証明します。

業務従事者	氏名	
	住所	
職種		
雇用形態	正規職員(週 時間勤務)	
	非常勤職員・パート・その他() (週 時間勤務)	
業務従事期間	1. 年 月 日から現在も業務に従事 中断(休業等)期間 年 月 日から 年 月 日まで (休業等)理由()	
	2. 年 月 日から 年 月 日まで業務に従事 中断(休業等)期間 年 月 日から 年 月 日まで 中断(休業等)理由()	