

## 業務従事期間証明書

年 月 日

社会福祉法人 神奈川県社会福祉協議会会長 様

申請者	氏名	
	住所	〒
	電話番号	

【勤務先記入欄】事業主が記入してください。※申請者は記入しないでください

従業員氏名		
勤務先	名称	
	勤務先住所	〒
職種		
雇用開始日		年 月 日
業務従事期間		年 月 日 ~ 現在(就業中)
		年 月 日 ~ 年 月 日 退職
雇用形態及び 1週間当たりの所定労働 時間(該当に○)	正社員 ( 時間/週) ・ 非正規職員 ( 時間/週) ・ パート又はアルバイト ( 時間/週) ・ その他( 時間/週)	
備考		

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

事業所名

所在地 〒

代表者名

電話番号

事業所の