

神奈川県児童養護施設退所者等自立支援資金 在職証明書

年 月 日

社会福祉法人 神奈川県社会福祉協議会会長 様

(証明者)

事業所所在地 〒 -

事業所の名称

代表者職氏名

印

電話番号

下記の者は、当社の社員であることを証明します。

記

フリガナ氏名	
住所	〒 -
生年月日	年 月 日生
職名	
雇用形態	正規職員・非正規職員・パート・その他()
勤務時間	午前 時 分から 午前 時 分まで 週()時間 午後 時 分
入社年月日	年 月 日入社
家賃補助等の有無	有 (支給額 円) ・ 無
備考	

※上記の記載要件を満たせば、事業所等が発行する任意様式でも可。