（第１１号様式）

業務従事期間証明書

年　　月　　日

　社会福祉法人奈良県社会福祉協議会 会長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 修学生番号 |  |
| 住　　所 | 〒 　　 - 電話　　　　（　　　） |
| フリガナ |  | 生 年 月 日 |
| 氏　　名 | ㊞　 | 年 月 日（　　　歳） |

上記の者は、次のとおり従事（している・していた）ことを証明します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 業務従事先 | 所 在 地電話番号 | 〒 　　 -電話 　　 （ ） |
| 法人名及び施　設　名 |  |
| 職 種(主たる業務) |  |
| 業務従事期間 | 年　　月　　日　　から年　　月　　日　　まで　　　　（　　　年　　箇月） |
| 産休・育休、休職等の期間 |  |

　　　　　年　　月　　日

業務従事先の施設（団体）名

代表者の職名及び氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

注：個人印は不可。法人等の印をお願いいたします。