（様式第１０号－１）

ひとり親家庭高等職業訓練促進資金

従事期間証明書

　令和　　年　　月　　日

　社会福祉法人奈良県社会福祉協議会 会長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 貸付番号 |  |
| 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） |

　　　　年　　月　　日

　 業務従事先の所属団体名

又は施設名

　 業務従事先の所属団体長

又は施設長の氏名

注：個人印は不可。法人等の印をお願いいたします。