

(様式第 10 号)

# 介護分野就職支援金 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

貸付番号		
フリガナ		生年月日
氏名	㊦	年 月 日 ( 歳)
住所	〒 - TEL : ( )	
業務従事先	施設(事業所)名	
	住所及び電話番号	〒 - TEL : ( )
	職種 (主な担当業務)	
在職期間 <u>実際の従事日数を必ず記入して下さい。(有給休暇取得日は含まず、1日あたりの時間不問。)</u>	年 月 日 ~ 年 月 日 上記のうち実際に業務に従事した日数 日	
休職、産休、育休等の期間	※該当する場合のみ記入 年 月 日 ~ 年 月 日	

上記の通り返還免除対象業務に従事(している・していた)ことを証明します。

年 月 日

施設・事業所名

施設・事業所代表者職名・氏名

会社印