

(様式第Ⅹ号)

障害福祉分野就職支援金
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	〒 ー TEL: ()		
業務従事先	施設（事業所）名		
	住所及び電話番号	〒 ー 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。</u> (有給休暇取得日は含まず、 1日あたりの時間不問。)		年 月 日 ～ 年 月 日 上記のうち実際に介護等に従事した日数 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