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長　様

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　　 |  | 性別 | 男性 ・ 女性 |
| 　　 |
| 住　　所 | 〒　　　　－　　 |
| 従 事 先 |  |
| 在職期間 | 令和　　　年　　　月　　　日　～　令和　　　年　　　月　　　日迄　〔　　　年　　　ヶ月〕 |
| 業務従事期　　間 | 従事日数 | 日　　　　　 |
| 業務の中断(休業)期間 | 　令和　　　年　　　月　　　日から　令和　　　年　　　月　　　日まで　〔　　　　日〕 |
| 上記の理由 |  |

【従事先記入欄】

　上記のとおり従事していることを証明します。

　　　　　令和　　　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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞