

別記様式第3号

## 業務従事証明書

年 月 日

(社福) 栃木県社会福祉協議会長様

住 所 〒

氏 名 (自署)

電 話 番 号

携 帯 電 話

下記のとおり  従事していた  
 従事している ことを報告します。

法人名			
施設・事業所名			
施設・事業所住所／電話番号	住所 電話番号		
施設・事業種別		雇用形態	常勤・非常勤・パート
業務内容		職種	
在職期間	年 月 日 ～ 年 月 日 / 現在まで		
上記期間中の在職日数 (必須)	日	上記期間中の従事日数 (必須)	日
休業期間の有無	無 ・ 有		
休業の内容 ※休業期間のある方は、その証明を添付してください	<input type="checkbox"/> 産前産後休暇	年 月 日～	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 育児休暇	年 月 日～	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 傷病休暇	年 月 日～	年 月 日
	<input type="checkbox"/> その他 (休業事由)	年 月 日～	年 月 日

上記のとおり相違ないことを証明します。

法人名／施設・事業所名

代表者／管理者名

印