

業 務 従 事 証 明 書

社会福祉法人栃木県社会福祉協議会長様

借 受 者 記 入 欄	ふりがな				
	氏名 (自署)	(旧姓) 借受時から改姓している場合は旧姓を記入			
	住所	〒			
	電話番号	自宅		携帯	
施 設 ・ 事 業 所 記 入 欄	下記のとおりに 従事していた (異動・退職した場合はこちら) 従事している (現在在職している場合はこちら)	<input type="checkbox"/> 従事していた <input type="checkbox"/> 従事している ことを報告します。 ※どちらかに☑を入れてください。			
	法人名				
	施設・事業所名				
	施設・事業所住所	〒		TEL ()	
	施設・事業種別		雇用形態	常勤・非常勤・パート・派遣	
	業務内容		職種		
	在職期間	年 月 日※ ~ 年 月 日 ※初任者以上の研修が修了した日の翌日、または、就職した日のいずれか遅い日			
	上記期間中の 在職日数	日 ※初日を含む。例4/1~4/10(10日間) ※休業期間は除いてください。	上記期間中の 従事日数	日 ※有給を除いた出勤日数	
	休業期間の有無	無 ・ 有 (有の場合、休業の理由及び休業期間を記入)			
	休業の内容	※在職期間中に休業期間のある方は、その全てを次に記入し、証明書を添付してください。(すでに証明書を提出済の場合は期間のみ記入してください。)			
		<input type="checkbox"/> 産前産後休暇 <input type="checkbox"/> 育児休暇 <input type="checkbox"/> 傷病休暇 <input type="checkbox"/> その他(休業事由) ()	年 月 日 ~ 年 月 日		
		<input type="checkbox"/> 産前産後休暇 <input type="checkbox"/> 育児休暇 <input type="checkbox"/> 傷病休暇 <input type="checkbox"/> その他(休業事由) ()	年 月 日 ~ 年 月 日		
		<input type="checkbox"/> 産前産後休暇 <input type="checkbox"/> 育児休暇 <input type="checkbox"/> 傷病休暇 <input type="checkbox"/> その他(休業事由) ()	年 月 日 ~ 年 月 日		
		<input type="checkbox"/> 産前産後休暇 <input type="checkbox"/> 育児休暇 <input type="checkbox"/> 傷病休暇 <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。 年 月 日 法人名/施設・事業所名 代表者/管理者役職・氏名 担当者役職・氏名 電話番号					
				社 判	