

障害福祉分野就職支援金 業務従事期間証明書

山形県社会福祉協議会長 殿

| | | |
|---------|-----|------------|
| 貸付コード番号 | | |
| 住 所 | 〒 ー | |
| フリガナ | | 生年月日〈西暦〉 |
| 氏 名 | 印 | 年 月 日 (歳) |

私は、障害福祉職員の業務に従事していたので、次のとおり届け出ます。

| | | |
|----------------|------------------------------|---------------|
| 業務従事先 | 所在地及び電話番号 | 〒 ー 電話 () |
| | 施設名又は所属団体名 | |
| | 事業種別 | |
| 業務従事期間 〈西暦〉 | 年 月 日 から 年 月 日 まで (年 ヶ月) | |
| 従事した業務 | | |

上記のとおり従事していたことを証明いたします。

年 月 日

業務従事先の施設（所属団体）
の長の職及び氏名

公印