

# 業務従事期間証明書

年 月 日

社会福祉法人 神奈川県社会福祉協議会 会長 殿

修学生番号	0								
住所及び連絡先	〒 - 電話 ( ) / 携帯電話 ( ) E-mail								
フリガナ					生 年 月 日				
氏 名					年 月 日 ( 歳)				
業務従事先	所在地及び電話番号	〒 - 電話 ( )							
	法人名								
	施設種別								
	施設名								
	職 種								
	雇用形態								
業務従事期間	年 月 日から 年 月 日まで ( 年 箇月)								

上記のとおり従事していたことを証明します。

年 月 日

業務従事先の施設（所属団体）  
の長の職及び氏名

㊞