

兵庫県 離職した介護人材の再就職準備金に係る  
業務従事期間証明書

社会福祉法人 兵庫県社会福祉協議会 会長 様

※貸付決定番号		
フリガナ		生 年 月 日
氏 名	①	年 月 日生 ( 歳)
連絡先	〒 ー 電話 ( )	
従事先名称		
従事先の連絡先	〒 ー 電話 ( )	
職種		
雇用形態	常勤 ・ 非常勤 (○をつけてください)	
雇用期間	年 月 日から 年 月 日まで	
業務従事日数	日	
備考	※産休・育休・病休・欠勤等があれば期間を記載してください	

※印の欄には、記入しないでください。

上記のとおり従事していたことを証明します。

年 月 日

従事先名称

代表者の職及び氏名

公  
印