

在 職 期 間 証 明 書

年 月 日

群馬県社会福祉協議会長 あて

（借受者）

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日生

上記の者は、次のとおり当方に在職していたことを証明します。

| | | |
|---------------|-------------------------------------|-----------------|
| 施設種別又は事業名(※1) | | |
| 職 種(※2) | | |
| 雇 用 形 態 | 常勤・非常勤 / パート / その他 () | |
| 在 職 期 間 | 年 月 日から 年 月 日 / 現在まで | |
| 上記期間中の従事日数 | 日 (常勤以外の方は記入) | |
| 休業期間の有無 | 無 ・ 有 | |
| 休 業 の 内 容 | <input type="checkbox"/> 産前産後休業 | 年 月 日から 年 月 日まで |
| | <input type="checkbox"/> 育児休業 | 年 月 日から 年 月 日まで |
| | <input type="checkbox"/> 傷病休業 | 年 月 日から 年 月 日まで |
| | <input type="checkbox"/> その他 () | 年 月 日から 年 月 日まで |

年 月 日

（就業先）

住 所

名 称

代表者氏名

印

※1……施設種別又は事業名については、「保育所(園)等」「認定こども園」「幼稚園」「放課後児童健全育成事業」「病児保育事業」「一時預かり事業」「認可外保育施設」「地域型保育施設」「児童福祉施設等」「指定保育士養成施設」等と記入すること。

※2……職種については、「保育士」「保育教諭」「その他(具体的に記入)」等と記入すること。