

離職証明書

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、次のとおり離職したことを証明します。

離 職 年 月 日	年 月 日
職 種	
在 職 期 間	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

※ 就業先で、離職証明書に相当する書面がある場合には、その様式を使用しても差し支えありません。