

自立支援資金在職期間証明書

年 月 日

社会福祉法人 群馬県社会福祉協議会長 あて

(貸付けを受けた者)

郵便番号

住所

氏名

生年月日 年 月 日生

上の者は、次のとおり当方に在職している (又は在職していた) ことを証明します。

就 業 先 名 称	
職 種	
雇 用 形 態	(週 時間勤務)
在 職 期 間 (※)	年 月 日 から 年 月 日 まで
休 職 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで
備 考 (退職理由、休職状況等を記入)	

年 月 日

(就業先)

〒

所在地

電話番号

名称

代表者氏名

㊞

※ 在職期間については、現在も在職している場合、終期は記載不要です。
(取消し二重線を引いてください。)