

(別記要領様式第15号)

ひとり親家庭高等職業訓練促進資金  
在職期間証明書

年 月 日

群馬県社会福祉協議会長 あて

(貸付を受けた者)

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る（又は在職していた）ことを証明します。

就 業 先 名 称	
職 種(※1)	
雇 用 形 態	常勤・非常勤・その他 (週 時間 勤務)
在 職 期 間(※2)	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)

住 所

電 話 番 号 ( )

名 称

代表者氏名

印

※1：職種については、「看護師」「准看護師」「介護職員」「保育士」等と資格取得を生かして就業していることが確認できるよう記入してください。

※2：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。  
(※取り消し二重線を引いてください。)