

別記様式第2号—③ (要領2関係)

業務従事期間証明書

年 月 日

群馬県社会福祉協議会長 あて

住 所
氏 名
生年月日
電 話

⑩

法人名			
施設・事業所名			
施設・事業所住所／電話番号	住所		
	電話番号		
施設・事業種別		雇用形態	常勤・非常勤／パート
業務内容		職種	
雇用期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
上記期間中の 保育等の業務に 従事した日数	日		

上記のとおり業務に従事したことを証明します。

法人名／施設・事業所名

代表者／管理者名

⑩