

就 業 証 明 書

年 月 日

群馬県社会福祉協議会長 あて

住 所

氏 名

⑩

生年月日

電 話

上記の者が、下記の業務に ☐ 従事
☐ 内定 していることを証明いたします。

1 施設・事業所の種別

2 職 種

3 雇用形態 常勤職員 ・ その他（週_____時間勤務）

4 就業開始（予定）年月日

年 月 日

所 在 地

施設又は事業所名

電 話 番 号

代表者又は管理者名

⑩

（法人／事業所印）