

業 務 従 事 証 明 書

社会福祉法人栃木県社会福祉協議会長様

| | | | | | |
|--|--|--|----------------|------------------|--|
| 借 受 者 記 入 欄 | ふりがな | | | | |
| | 氏名 (自署) | (旧姓) 借受時から改姓している場合は旧姓を記入 | | | |
| | 住所 | 〒 | | | |
| | 電話番号 | 自宅 | | 携帯 | |
| 施 設 ・ 事 業 所 記 入 欄 | 下記のとおりに 従事していた (異動・退職した場合はこちら) 従事している (現在在職している場合はこちら) | <input type="checkbox"/> 従事していた <input type="checkbox"/> 従事している ことを報告します。 ※どちらかに☑を入れてください。 | | | |
| | 法人名 | | | | |
| | 施設・事業所名 | | | | |
| | 施設・事業所住所 | 〒 | | TEL () | |
| | 施設・事業種別 | | 雇用形態 | 常勤・非常勤・パート・派遣 | |
| | 業務内容 | | 職 種 | | |
| | 在 職 期 間 | 年 月 日 ~ | | 年 月 日 | |
| | 上記期間中の 在 職 日 数 | 日 ※初日を含む。例4/1~4/10(10日間) ※休業期間は除いてください。 | 上記期間中の 従事日数 | 日 ※有給を除いた出勤日数 | |
| | 休業期間の有無 | 無 ・ 有 (有の場合、休業の理由及び休業期間を記入) | | | |
| | 休業の内容 | ※在職期間中に休業期間のある方は、その全てを次に記入し、証明書を添付してください。(すでに証明書を提出済の場合は期間のみ記入してください。) | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 産前産後休暇 <input type="checkbox"/> 育児休暇 <input type="checkbox"/> 傷病休暇 <input type="checkbox"/> その他(休業事由) () | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |
| | | <input type="checkbox"/> 産前産後休暇 <input type="checkbox"/> 育児休暇 <input type="checkbox"/> 傷病休暇 <input type="checkbox"/> その他(休業事由) () | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |
| | | <input type="checkbox"/> 産前産後休暇 <input type="checkbox"/> 育児休暇 <input type="checkbox"/> 傷病休暇 <input type="checkbox"/> その他(休業事由) () | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |
| | | <input type="checkbox"/> 産前産後休暇 <input type="checkbox"/> 育児休暇 <input type="checkbox"/> 傷病休暇 <input type="checkbox"/> その他(休業事由) () | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。 | | | | | |
| 年 月 日 法人名/施設・事業所名 代表者/管理者役職・氏名 担当者役職・氏名 電話番号 | | | | | |
| | | | | 社 判 | |