

再就職準備金 実務経験証明書

令和 年 月 日

社会福祉法人熊本県社会福祉協議会 会長 様

従事先：所在地
法人名
代表者の職氏名



申請者が下記のとおり、従事していたことを証明します。

記

申請者住所	郵便番号 (-) 電話番号 (- -)	
申請者氏名		
業 務 従 事 先	法人名	
	事業所名	
	所在地	郵便番号 (-) 電話番号 (- -)
	職種	
	従事期間	年 月 日 から 年 月 日 まで (在職期間 年間のうち従事日数 日以上)

※本資金の貸付要件とする職種は、介護職員その他主たる業務が介護等（介護保険法第2条第2項に規定する介護等をいう。以下同じ。）とし、同職以外（生活相談員、介護支援専門員、支援相談員等）の従事経験は、本資金の貸付要件を満たしません。