再－第 19 号様式

再就職準備金 業務従事期間証明書

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　　公印

下記のとおり、業務に従事していたことを証明します。

記

<table>
<tr><td colspan="2">貸付番号</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">借受人住所</td><td>郵便番号（　　－　　）　電話番号（　　－　　－　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">借受人氏名</td><td>生年月日（　　年　　月　　日生）</td></tr>
<tr><td rowspan="6">業務従事先</td><td>法人名</td><td></td></tr>
<tr><td>事業所名</td><td></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td>郵便番号（　　－　　）　電話番号（　　－　　－　　）</td></tr>
<tr><td>職　　種</td><td></td></tr>
<tr><td>従事期間
及び
従事日数</td><td>年　　月　　日から
年　　月　　日まで
在職日数　　（　　日）以上
指定業務に従事した日数（　　日）
※下記に該当する場合は記入してください。
休職期間　　年　　月から　　年　　月（　　年　　月）
休職理由（　　）</td></tr>
</table>