

介護福祉士・社会福祉士修学資金 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

貸付番号		資金種別	介護福祉士・社会福祉士
養成施設名			
借受人住所	郵便番号（ - ） 電話番号（ - - ）		
借受人氏名	生年月日（ 年 月 日生）		
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 及び 従事日数	年 月 日から ※ 年 月 日まで（ 年 月） 在職日数（ 日）の内、 指定業務に従事した日数（ 日） ※該当期間があ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（ ）	

※ 従事期間の開始日は、資格登録日または業務開始日のいずれか遅い日 から です。