様式２

ＯＪＴ等実施証明書

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人三重県社会福祉協議会

会長　井村　正勝　殿

所在地

法人（運営主体）名

代表者名

　下記の者について、当法人においてＯＪＴ等を実施したことを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 修了証明書番号 |  |
| ＯＪＴ等実施施設 | 施設（事業所）名 |  |
| 事業種別 |  |
| 従事業務 |  |
| 実施期間 | 　　　　年　　月　　日　から　　　　年　　月　　日　まで |
| ＯＪＴ等の内容 |  |
|  |  |