

児童養護施設退所者等自立支援資金貸付在職証明書

年 月 日
※勤務日初日からこの日付までは就労しているとみなします

社会福祉法人三重県社会福祉協議会会長 様

就業先名とその代表者の職及び氏名

公印
または
社印

下記のとおり従事していることを証明します。

貸付番号			
フリガナ		生年月日	
氏名		年 月 日(歳)	
住所／TEL	〒 携帯 TEL — —		
就業先名			
就業先住所及び 電話番号	— 電話番号() —		
雇用形態	☐ 正社員 ☐ 契約社員/嘱託社員 ☐ パートタイマー ☐ アルバイト ☐ 派遣 ☐ その他()		
職種			
就業期間 (勤務日初日～)	年 月 日 から 年 月 日 契約期間がある場合はこちら↑↓にご記入ください (契約更新 あり または なし) または 在職中		
上記の就業期間 内の休業期間	年 月 日から 年 月 日まで 理由[]		
	年 月 日から 年 月 日まで 理由[]		
	年 月 日から 年 月 日まで 理由[]		

注)1 週間の所定労働時間が 20 時間に満たない場合は就業期間に含みません。
なお、出産・育児休業期間は就業期間に含めてご記入ください。