

業務従事開始届

年 月 日

社会福祉法人大阪府母子寡婦福祉連合会理事長 様

住 所	〒 ー	電話番号 (ー ー)
フリガナ		生 年 月 日
氏 名 (自署)		年 月 日生 (歳)

下記のとおり業務に従事したので届け出ます。

記

業 務 従 事 先	所在地及び 電 話 番 号	〒 ー 電 話 ()
	施設名又は 所属団体名	
	雇 用 形 態	・フルタイム【 正社員 嘱託 派遣 その他 () 】 ・パートタイム
	職 種	
業務従事期間	年 月 日 から	

上記のとおり従事していることを証明いたします。

年 月 日

業務従事先の施設(所属団体)の

長の職及び氏名

