

業務従事期間証明書

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	印	年 月 日生 (歳)

上記の者は、次のとおり従事していたことを証明します。

業 務 従 事 先	所在地及び 電話番号	電話 :
	施設名又は 所属団体名	
	職 種	
従 事 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで (年 箇月)	

年 月 日

業務従事先の施設（所属団体）の

長の職及び氏名

