

再就職準備金実務経験証明書

令和 年 月 日

社会福祉法人千葉県社会福祉協議会 会長 様

法人の名称

施設又は事業所の名称

代表者職氏名

公印

所在地 〒 -

連絡先電話番号

(担当者名)

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

| | | |
|--|---|------------------------|
| (フリガナ) 氏 名 | () | 生年月日 昭和・平成 年 月 日 |
| 施設又は事業所名 〔 法人名等を含む 〕 〔 正式名称を記載 〕 | | |
| 施設又は事業所の 種 別 | | |
| 雇用形態 | 正職員・非常勤・パートまたはアルバイト・その他 () | |
| 雇用期間 | 年 月 日～ 年 月 日 (年 ヶ月) | |
| うち介護等の業務 に従事した期間 | いずれかに○をしてください。 ※実際に介護に従事した日のみ記入 1 180日以上 2 その他(日) | |
| 業務内容 | | |