様式第13号

業務従事期間証明書

社会福祉法人鹿児島県母子寡婦福祉連合会　理事長　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 貸付コード番号 |  |
| 住　　所 | 〒　　　　－ |
| フリガナ |  | 生年月日 |
| 氏　　名 | ㊞ | 年　　月　　日（　　歳） |

私は、取得した資格が必要な業務に従事していたので、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 業務従事先 | 所在地及び電話番号 | 電話　　（　　　） |
| 勤務先名又は法人名 |  |
| 事業種別 |  |
| 業務従事期間 | 年　　月　　日　　から　年　　月　　日　　まで　　（　　　年　　　ヶ月）　 |
| 従事した業務 |  |

上記のとおり従事していたことを証明します。

年　　月　　日

業務従事先（法人）の長の職

及び氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞