

業務従事証明書

平成 年 月 日

公益財団法人富山県母子寡婦福祉連合会会長 殿

【借受人】

住所	(〒 -)
氏名	

【業務従事先】

事業所の所在地	(〒 -)	電話 ()
事業所の名称		
事業所の種類		
職種		
従事業務に関わる資格	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理容師 <input type="checkbox"/> 美容師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> 調理師 <input type="checkbox"/> 製菓衛生師 <input type="checkbox"/> その他 ()	
1週間の所定労働時間		
業務従事期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで ※資格取得以降の日を記入 ※継続中の場合は終期の記入不要	

上記のとおり業務に従事したことを証明します。

事業所名

代表者



離職届

平成 年 月 日

公益財団法人富山県母子寡婦福祉連合会会長 殿

借受人住所

氏名

㊞

次のとおり離職したので届け出ます。

貸付内容	資金の種類	<input type="checkbox"/> 入学準備金 <input type="checkbox"/> 就職準備金
	貸付番号	
	貸付金額	円
従事先 事業所名		
離職年月日	平成 年 月 日	
離職理由		