

従事証明書

氏 名		生年月日	年 月 日
施設区分	※該当するものの数字を○で囲んでください。 1. 公的機関 2. 医療機関 3. 社会福祉施設 4. 教育施設		
業務内容			
従事期間	年 月 日から 年 月 日まで		
備 考			
証明書欄 上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 所 在 地 施 設 ・ 機 関 名 施設・機関代表者 印 電 話			

※注意事項 ご記入いただく施設・機関代表者（担当者）の方へ
 証明内容を訂正する場合は、二重線で削除のうえ、証明権者の印を押印してください。