

川崎市ひとり親家庭高等職業訓練促進資金 業務従事証明書

川崎市社会福祉協議会会長

下記のとおり当法人・施設における従事を証明いたします。

従事者氏名		電話番号	
従事者住所	〒		
職 種		形 態	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 契約 <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> その他
必要となる資格			
【勤務先施設】 法人名と違う場合 にご記入ください	施設名 住 所 電話番号		
従 事 期 間	(従事開始日) _____年____月____日 ~ 現 在 または _____年____月____日まで ※従事中の場合は現在に○してください。 ※退職の場合は日付を記入してください。 1日の平均労働時間：_____時間_____分(休憩時間を除く) 1週間の平均労働時間：_____時間_____分(休憩時間を除く)		
上記従事期間内の 変則的な従事期間 (時間短縮等)	_____年____月____日 ~ _____年____月____日まで (予定含む) 1日の平均労働時間：_____時間 _____分(休憩時間を除く) 1週間の平均労働時間：_____時間 _____分(休憩時間を除く)		
休 職 期 間	_____年____月____日 ~ _____年____月____日まで(予定含む)		
休 職 理 由			

(注) 証明内容の記載事項は、法人・施設職員の方がご記入ください。
従事中は、所定の期間内には毎年提出が必要です。(4月末締切)
就職・休職・退職時には提出が必要です。(随時)

年 月 日

法 人 名

代 表 者 名

(法人印)

住 所

電 話 番 号

記入例

訂正は二重線を引き、訂正印(法人印)を押印ください。
修正テープ不可。フリクションペン不可。

(様式第9号)

川崎市ひとり親家庭高等職業訓練促進資金 業務従事証明書

川崎市社会福祉協議会会長

下記のとおり当法人・施設における従事を証明いたします。

従事先が全て
ご記入ください

従事者氏名	川崎花子		電話番号	090-1234-5678
住所	〒211-0053 川崎市幸区戸手1-1		本人の住所・電話番号を記入	
職種	看護職	形態	<input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 契約 <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> その他	
必要となる資格	看護職			
【勤務先施設】 法人名と違う場合 にご記入ください	施設名 住所 電話番号		実際に働いている従事先の施設 名・住所・電話番号を記入してくだ さい。	
従事期間	(従事開始日) ●●年4月1日 ~ 現在 または _____年____月____日まで ※従事中の場合は現在に○してください。 ※退職の場合は日付を記入してください。 1日の平均労働時間: 8時間____分 (休憩時間を除く) 1週間の平均労働時間: 40時間____分 (休憩時間を除く)			
上記従事期間内の 変則的な従事期間 (時間短縮等)	_____年____月____日 ~ _____年____月____日まで (予定含む) 1日の平均労働時間: _____時間____分 (休憩時間を除く) 1週間の平均労働時間: _____時間____分 (休憩時間を除く)			
休職期間	_____年____月____日 ~ _____年____月____日まで (予定含む)			
休職理由	休職する場合・休職した場合はこちらに 期間と理由をご記入ください			

通常と異なる場合は
こちらにご記入く
ださい

(注) 証明内容の記載事項は、法人・施設職員の方がご記入ください。
従事中は、所定の期間内には毎年提出が必要です。(4月末締切)
就職・休職・退職時には提出が必要です。(随時)

●●年 4月 10日

法人名 医療法人社団 ●●●●病院

代表者名 佐藤 次郎



個人認印
不可

住所 川崎市川崎区本町1-1

電話番号 044-●●●●-●●●●