

ひとり親家庭高等職業訓練促進資金業務従事期間証明書 (訓練促進資金)

年 月 日

宮崎県社会福祉協議会会長 殿

整 理 番 号		
取 得 した 資 格		
取 得 年 月 日	年 月 日	
フリガナ		生年月日
氏 名	Ⓜ	年 月 日 (生 歳)
住 所 等	〒 ー ー 携帯番号 ー ー	

上記の者は、次のとおり従事したことを証明します。

雇 用 形 態	1 正職員 2 正職員以外 (パート、嘱託、契約等) (1週間の合計勤務時間の平均: 時間)	
業 務 内 容		
雇 用 期 間	年 月 日から 年 月 日まで 雇用継続中	

年 月 日

業務従事先の名称

業務従事先の住所

業務従事先の長の職名及び氏名

Ⓜ