

ひとり親家庭高等職業訓練促進資金就業期間証明書 (住宅支援資金)

年 月 日

宮崎県社会福祉協議会会長 殿

整理番号		
フリガナ		生年月日
氏名	Ⓜ	年 月 日生

上記の者は、次のとおり就業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

就業先の名称

就業先の住所

就業先の長の職名及び氏名

印