

業務従事期間証明書

年 月 日

社会福祉法人長野県社会福祉事業団理事長 様

貸付番号		
被貸付者 住 所	〒 _____ 電 話 () _____	
フリガナ		生年月日
氏 名	Ⓜ _____	年 月 日 (歳)

上記の者は、次のとおり返還免除対象業務に従事していたことを証明します。

業 務 従事先	所在地及び 電話番号	〒 _____ 電 話 () _____
	名 称	_____
	職 種	_____
業 務 従事期間	年 月 日 から 年 月 日 まで (年 箇月)	

年 月 日

業務従事先の長の

職及び氏名

Ⓜ