

(様式9)

ひとり親家庭高等職業訓練促進資金 住宅支援資金 従事期間証明書

社会福祉法人 京都府社会福祉協議会 会長 様

貸付番号	(貸付案内を受けた貸付番号を記載すること)		
ふりがな		生 年 月 日	
氏 名		(西暦) 年 月 日	
住 所	〒 ー		
	電話 ()		

従 事 先 名 称					
従事先の連絡先	〒 ー				
	電話 ()				
雇 用 形 態	正規 ・ 非正規 (○をつけてください)				
従 事 期 間	(西暦) 年 月 日 ~ 年 月 日				
ひと月ごとの業務従事期間	勤務日数	ひと月ごとの業務従事期間	勤務日数		
月 日 ~ 月 日	日	月 日 ~ 月 日	日		
月 日 ~ 月 日	日	月 日 ~ 月 日	日		
月 日 ~ 月 日	日	月 日 ~ 月 日	日		
月 日 ~ 月 日	日	月 日 ~ 月 日	日		
月 日 ~ 月 日	日	月 日 ~ 月 日	日		
月 日 ~ 月 日	日	月 日 ~ 月 日	日		
備 考	※産休・育休・病休・欠勤等があれば期間を記載してください				

上記のとおり従事していたことを証明します。

(西暦) 年 月 日

従事先名称

代表者名及び職印

⑨