

(様式 14)

ひとり親家庭高等職業訓練促進資金 従事期間証明書

(西暦) 年 月 日

社会福祉法人 大阪市社会福祉協議会 会長 様

【本人記入欄】

| | | |
|--------------|---------------------|------------|
| 貸付番号 | (決定通知書の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 |
| 連絡先 (住 所) | 〒 ー 電話 () | |

【従事先記入欄】

| | |
|------------------|------------------------------|
| 従事先名称 | |
| 従事先の連絡先 (所在地) | 〒 ー 電話 () |
| 職種 | |
| 雇用形態 | 正規雇用 嘱託(常勤・非常勤) その他() |
| 従事証明期間 | (西暦) 年 月 日 ~ 年 月 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

Ⓜ