

(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	(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	〒 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

印