様式第３号（第４・第１４関係）

業務従事期間証明書

証明書作成年月日：令和　　　年　　月　　日

※記入のないものは無効とします。

　宮城県社会福祉協議会会長　殿

所在地

（法人名）

事業所名

代表者　職・氏名　　　　　　　　　　　　　　公印

電話番号　　　（　　　　）

担当者氏名

担当者連絡先

下記の者の業務従事期間は、次のとおりであることを証明します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 生年月日 | 平成　　年　　月　　日生 |
| 住所 | 〒　　　－ | | |
| 事業所名 |  | | |
| 業務従事期間 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | | |
| 業務従事年月数 | 年　　　か月 | | |
| 業務内容 |  | | |

　貸付対象者が自書した場合、本証明書は無効になります。（貸付対象者が代表者の場合は除きます。）

＊＊＊＊事業所の作成担当者の方へ＊＊＊＊

※　裏面の「業務従事期間証明書」作成上の注意事項をよくお読みの上、作成してください。

※　上記の記載内容に記入漏れや不備・不明な箇所がある場合は，内容の確認をさせていただき、必要に応じて書類の追加・再提出をしていただくことがありますので、あらかじめご承知おきください。

「業務従事期間証明書」作成上の注意事項

※　証明日時点（証明書作成年月日を記入した日）において、業務に従事した期間を証明してください。

１　「証明書作成年月日」は必ず記入してください。記入のない場合は無効とさせていただきます。

２　代表者職名・氏名欄は必ず職名も記入してください。なお、業務従事期間証明書に記入した就業状況について確認させていただく場合がありますので、担当者氏名も必ず記入してください。

３　「施設名又は事業所名」は正式な名称を記入してください。

４　「業務従事期間」について

　①　被証明者が業務に従事した期間を和暦で記入してください。

②　証明日までの期間で証明してください。

③　従事期間内における出産・育児・介護による休職中は離職していなければ期間に算入してください。

６　「業務内容」は、被証明者の業務内容を具体的に記入してください。

７　記載内容を訂正する場合は、証明権限を有する者の訂正印で訂正願います。証明権限者の訂正印のない証明書、修正液等の使用により訂正した証明書は無効となりますのでご注意ください。