

従事証明書
(住宅支援資金)

年 月 日

社会福祉法人
愛知県母子寡婦福祉連合会理事長 殿

| | | | |
|-----------------------|--|------------|--|
| 母子・父子自立支援プログラムを策定した機関 | <input type="checkbox"/> 市(社会)福祉事務所 <input type="checkbox"/> 愛知県 福祉相談センター <input type="checkbox"/> ジョイナス.ナゴヤ <input type="checkbox"/> (福)愛知県母子寡婦福祉連合会 | 決定 番号 | |
| 貸付決定日 | 年 月 日 | | |
| 資金の最初の振込日 | 年 月 日 | | |
| 住 所 | 〒 - 電話： () | | |
| 氏 名 | 生年 月日 | 年 月 日 (歳) | |

下記のとおり業務に従事しました。

| | | |
|----------------------------|--|-------------|
| 業 務 従事先 | 所在地及び 電話番号 | 〒 - 電話： () |
| | 事業所名又は 所属団体名 | |
| | 職 種 | |
| 従事開始日 | 年 月 日 | |
| 従事期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | |
| ※退職したとき及び当然免除申請時に記入してください。 | 【業務従事月数 月】 ※業務従事月数の計算は、指定業務に従事した日の属する月から 従事しなくなった日の前日の属する月までの月数とする。 | |

上記のとおり従事したことを証明いたします。

年 月 日

業務従事先の事業所(所属団体)の
長の職及び氏名

印

| | |
|-----------------|----------------------|
| プログラム 策定員の意見 | プログラム策定員の所属・氏名 _____ |
|-----------------|----------------------|