

指定業務従事期間証明書

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

高等職業訓練 促進給付金を 支給していた 福祉事務所	<input type="checkbox"/> 名古屋市 区社会福祉事務所 <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	決定 番号	
取得資格		資格取得 年月日	年 月 日
住 所	〒 - <div style="text-align: right;">電話</div>		
氏 名		生年 月日	年 月 日 (歳)

高等職業訓練促進給付金を活用して取得した資格が必要な業務に従事しましたので以下のとおり証明書を提出します。

業 務 従 事 先	所在地及び 電話番号	〒 - <div style="text-align: right;">電話 ()</div>	
	事業所名又は 所属団体名		
	職 種		
業務従事期間		年 月 日 から 年 月 日まで 【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

(注) 退職したとき及び当然免除申請時に提出が必要です。