

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 ¹ <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	(雇用形態:)
(注) 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 _____
-------------	----------------------

(注) 資格取得等により、給与による所得が高くなったことをもって従事証明書をご提出される場合、従事開始日欄には実際の従事開始日ではなく、給与による所得が高くなった日をご記入ください。