

児童養護施設退所者等自立支援資金貸付在職証明書

年 月 日

社会福祉法人三重県社会福祉協議会会長 様

就業先名とその代表者の職及び氏名

公印
または
社印

下記のとおり従事していることを証明します。

貸付番号		
フリガナ		生年月日
氏名		年 月 日（ 歳）
住所／TEL	〒 _____ TEL _____ 自宅 — — /携帯 — —	
就業先名		
就業先住所及び電話番号	〒 — — 電話番号（ ） —	
雇用形態	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約社員/嘱託社員 <input type="checkbox"/> パートタイマー <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
職種		
就業期間	年 月 日 から 年 月 日	

注) 1週間の所定労働時間が20時間に満たない場合は就業期間に含みません。

なお、出産・育児休業期間については就業期間に含めてご記入ください。