保育士修学資金

様式第２７号

保育業務従事期間証明書

西暦　　　　　年　　　月　　　日

社会福祉法人　滋賀県社会福祉協議会　会長　様

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 修学生番号 | 生年月日（西暦） |
| 氏　名 |  |  | 年　　月　　日 |
| 従事先施設名 |  |
| 従事先所在地・電話番号 | 〒　　　－　　　　　　　　　　　℡　　　　（　　　　） |
| 従事した職種 | 保育士　　・　　保育教諭　　・　その他（　　　　　　　　　　） |
| 雇用形態（□へは☑を、常勤は○を非常勤は〇と日数を記載） | □正規職員 | 【正規職員以外】□嘱託職員 □契約職員 □臨時職員　□パート □派遣社員 　アルバイト □その他( 　　　　　） |
| 常勤（週５日以上）　・　非常勤（週　　　日） |
| 業務従事期間（在籍期間 / 西暦） | 自　　　　　年　　　月　　　日　から　　 ※ 下欄の証明日付は、至　　　　　年　　　月　　　日　まで　　　至年月日以降で記載 |
| 上記期間中の休職期間の有無（どちらかに〇）※雇用期間中におけるすべての休職について | **有り** ・ **無し**　※有りの場合は、休職理由、休職期間、復職日を記入。１ 自　　　　　年　　　月　　　日　から 　　産育休・疾病・その他至　　　　　年　　　月　　　日　まで 　　２ 自　　　　　年　　　月　　　日　から 　　産育休・疾病・その他至　　　　　年　　　月　　　日　まで 　　 |
| 休職からの復職日 | １ 　　　　　年　　　月　　　日 | ２ 　　　　　年　　　月　　　日 |

上記の者は次のとおり従事していたことを証明します。

※　左記の証明日付は、業務従事期間の至

西暦　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　年月日以降の日付を記載してください。

施設・法人名称

代表者職名および氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（公印・事業所印）