

児童福祉事業従事証明書

年 月 日

法人・団体名
施設・事業所名
代表者又は施設長の職・名 印

下記の者は、以下のとおり児童福祉事業に従事して（いる・いた）ことを証明します。

記

○従事者名

従事者名		生年月日	年 月 日
------	--	------	-------

○従事施設・事業所

運営主体	
施設・事業所名	
所在地	
電話番号	
施設・事業種別	

○従業期間等

雇用形態	1 常勤 2 非常勤 3 その他（ ）
職種	
従業期間	年 月 日～ 年 月 日
従事内容	