

実務経験証明書

年 月 日

所在地 〒516-0804
三重県伊勢市御菌町長屋2767

名称 社会福祉法人 伊勢市社会福祉協議会

代表者氏名 会長 宮崎 吉博

⑩

電話番号 0596-20-8610

下記の者は当施設において、以下の期間勤務していた事を証明いたします。

氏名		生年月日：昭和・平成 年 月 日
現住所	〒	
施設又は事業所名	・	
業務期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 令和 (年 月間)	
上記のうち業務に従事した日数	日	
業務内容	・職名 ()	