年 月 日

業務従事証明書

**施設名**

**部署名**

下記の者は、上記施設において業務に下記の期間、従事したことを証明する。

受講者氏名

生年月日（西暦）

現住所 〒

電話番号

期間（西暦）　　 年 　　月 　　日 ～　　 年　　 月　　 日

所属施設長名(又は部署長名）　　 　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　注：公印があれば自署でなくとも結構です。