

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）

印

注：公印があれば自署でなくとも結構です。