

証 明 願		
年 月 日		
社会福祉法人奥州市社会福祉協議会 会 長 様		
住 所（〒 ー ）		
氏 名 ⑩		
電話番号		
次の事由により、別紙様式に証明して下さるよう関係書類を添えて申請します。		
証 明 内 容 及 び 理 由	内 容 理 由	
在 職 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日 (年 か月)	
勤 務 先 及 び 業 務 内 容	勤 務 先 業務内容	
提 出 先	提出先	
	住 所	
	連絡先	電話 (担当)
証 明 年 月 日	年 月 日付	
年 月 日までに交付願います。		

※太枠線内について記入のこと。

※処理欄

	事務局長	総務財政課長	課長補佐	担 当
決 裁				

本人への交付日