

## 勤務証明発行依頼書

社会福祉法人カトリック聖家族会 理事長 古賀 巖 殿

私 \_\_\_\_\_ は、社会福祉法人カトリック聖家族会における勤務証明の発行を依頼します。

証明内容（希望の番号を○で囲む）

1. 雇用期間・雇用形態・業務内容・役職等基本的内容の証明（発行手数料：無料）
2. 在籍開始・終了日・勤務日数及び職務内容の証明（発行手数料：2,000円）
  - ※ 介護福祉士・介護支援専門員等の受験における勤務日数の証明が必要な場合。
  - ※ 依頼日において在籍中の職員（退職見込み者を除く）で且つ各利用目的初回の証明の手数は0円とする。

上記内容を確認・同意して依頼します。

令和 年 月 日

所属 \_\_\_\_\_ 事業部 \_\_\_\_\_ 課（在職者のみ）

住所 〒 \_\_\_\_\_

氏名(署名) \_\_\_\_\_

※ 発行する証明の様式が予め定められている場合は、本依頼書と合わせて郵送してください。

※ 発行手数料の振込を確認後に書類を郵送させていただきます。  
なお、振込に関する手数料は依頼者のご負担をお願いいたします。

※ 発行手数料振込先

福岡銀行 行橋支店 普通 1107433 社会福祉法人カトリック聖家族会