

# 実務経験証明書

年 月 日

所 在 地 〒901-2103

沖縄県浦添市仲間一丁目10番7号

事業所名 社会福祉法人浦添市社会福祉協議会

代表者氏名 会長 久貝 宮一 印

電話 098-877-8226

下記の者は当法人において、以下の期間勤務していたことを証明いたします。

氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 生
現住所	〒
職務内容 (職名等含む)	
就業期間	・平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 ・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ( 年 月間)
上記のうち業務 に従事した日数	日
その他	