

年 月 日

## 証 明 願

高松市役所に提出するため、下記の職務に従事した職務履歴について、証明くださるようお願いいたします。

氏名		生年月日	年 月 日
住所			
職務内容	(該当する次のいずれかの番号に ○ をつけてください。) 1. 福祉事務所で、所長、生活保護担当課長、査察指導員、現業員に3年以上従事 2. 障害、高齢、児童に関する相談業務に3年以上従事 3. 社会福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員、公認心理師の資格を有する者にあつては、相談業務に1年以上従事 4. 看護師、准看護師の資格を有する者にあつては、相談業務に3年以上従事 5. 社会福祉協議会で、コミュニティ・ソーシャルワーカーに3年以上従事 6. 特定非営利活動法人のうち、生活困窮者等への相談・支援事業を行う団体で、相談業務に3年以上従事 7. 病院で、医療ソーシャルワーカー又は精神科ソーシャルワーカーに3年以上従事		

## 職 歴 証 明 書

事業の種類(業種など)	本人の職務内容
在職期間及び勤務時間数	
から	まで (1週間当たり 時間 分)
から	まで (1週間当たり 時間 分)
から	まで (1週間当たり 時間 分)
※上記「本人の職務内容」の職に在職した期間を記載してください。 ※勤務時間数が異なる場合は、期間を分けて記載してください。	
※在職期間には、育児休業等の期間を含みます。 ※在職中の場合は、退職予定日までを記載してください。	

上記のとおり、当社に勤務していたことを証明します。

所 在 地 :

事業所名 :

代表者名 :

印

担当者名 :

電話番号 :

※ この職歴証明書は、給与決定等に係る重要な資料となるため、正確に記載してください。  
 ※ 記載内容に不明な点がある場合は、高松市役所から事業所の担当者へ連絡することがあります。  
 ※ この証明書に関する問い合わせ先 : 高松市役所 生活福祉第一課 (TEL: 087-839-2343)