

就 労 証 明 書				年 月 日
社会福祉法人大東市社会福祉協議会 会長 今 井 清 様				
事業所・雇主の所在地（住 所）				
名 称（氏 名）				
電話番号（ ）				
下記のとおり就労していることを証明します。 記入担当者				
氏 名		住 所	大東市	
勤 務 地 （営業地）	支店名 電話（ ） （店名）			
勤務形態	常 勤・パート・自 営 （○で囲んでください） ・その他 （ ）	（平日） 時 分 ～ 時 分		
		（土曜） 時 分 ～ 時 分		
就労日数	月平均 日	就労年月日	年 月 日から	
そ の 他 特記事項				

◎病気・病人等の看護をしている場合の申立書

1 病人等の看護をしている	病人等の氏名 看護が必要になった時期 看護の内容	児童との続柄 年 月頃から
2 病気申立て	疾病者の氏名 病名 通院 週 回 入院期間 年 月 日～	児童との続柄 年 月 日
3 その他（具体的に）		
年 月 日		
社会福祉法人大東市社会福祉協議会 会長 今 井 清 様 上記のとおり申し立てます。		
保護者氏名		