

(別紙様式 1-2)

令和6年 月 日

岩手県知事 様

運営主体名

住所

電話番号

代表者職名

代表者氏名

印

下記の者は、当方が運営する児童福祉事業所において、2年以上従事したことを証明します。

氏 名	(旧姓 )
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日
事業所名	
従事期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
従事時の職名	

※ 複数の児童福祉事業所で従事した場合は、事業所毎に(様式1-2)を作成願います。(その場合、従事年数「2年」も適宜修正すること。)