

就労系障害福祉サービス利用証明書

社会福祉法人和歌山県社会福祉協議会

コード番号			
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏 名			

就労系障害福祉サービス事業所の名称 _____

代表者名 _____ (印)

(担当者名) _____

上記の者について、下記のとおりサービスを利用していることを証明します。

利用している サービス内容 ※いずれかに☑	<input type="checkbox"/> 就労移行支援事業 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型事業 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型事業 <input type="checkbox"/> その他 ()
利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日

※ この確認書は、「求職活動状況報告書」とともに提出してください。