

業務従事届 (実務者研修受講資金)

長崎県社会福祉協議会会長 様

【借入人欄】

貸付番号		氏名		生年月日	昭和・平成	年	月	日
住所等	〒 _____							
	携帯電話	()		自宅電話	()			

※住所、氏名を変更している場合は、新住民票を添付して下さい。

【勤務状況欄】

法人名								(連絡担当者名)
施設・事業所名								
介護保険事務所番号								
介護保険でのサービスのコード・種別	(略称でも可：訪問介護、通所介護、小規模多機能、グループホーム等)							
従事先住所等	〒 _____							電話 ()
職種	<input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護職員以外 () ※ 兼務の場合、主として(概ね8割以上)従事している職種を記入ください。							
雇用形態	年間の介護従事日数が180日			<input type="checkbox"/> 以上 <input type="checkbox"/> 未満				
採用年月日	平成・令和 年 月 日							
採用後の休職状況	【休職有る場合のみ、下記にその状況を記入ください】							
備考								

私は上記のとおり業務に従事していますので、お届けします。

令和 年 月 日 氏名

印

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

業務従事先の住所

業務従事先の名称

業務従事先の長の職及び氏名

公印