

業務従事届

長崎県社会福祉協議会会長 様

【借入人欄】

貸付番号	KA999	氏名	長崎 花子	生年月日	平成 19 年 6 月 3 日生
住所等	〒852-9999 長崎市茂里町99-99				
	携帯電話	090 (9999) 9999		自宅電話	095 (999) 9999

※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	社会福祉法人 茂里会		(連絡担当者名)
施設・事業所名	ヘルパーステーション茂里町		福祉太郎
介護保険事務所番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0		
介護保険でのサービスのコード・種別	11	訪問介護 (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	〒852-8999 長崎市茂里町66-66 電話095 (666) 6666		
職種	☒ 介護職員 ☐ 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		☒ 以上 ☐ 未満
採用年月日	令和 10 年 4 月 1 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 10 年 4 月 10 日 氏名

長崎 花子

上記のとおり相違ないことを証明します。

事業所の公印を押印ください。

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

令和 10 年 4 月 10 日
長崎市茂里町66-66
ヘルパーステーション茂里町
施設長 茂里太郎



業務従事届

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	年 月 日生
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	☐ 介護職員 ☐ 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		☐ 以上 ☐ 未満
採用年月日	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

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

