

## 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	999	氏名	長崎 花子	生年月日	平成 20 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	
介護保険事業所番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	※ 介護保険事業所以外は記入不要	
介護保険・障害分野等でのサービス種別	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、障害者支援施設等)		
従事先住所等	〒852-8999 長崎市茂里町66-66 電話095 (666) 6666		
職種	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 以上	<input type="checkbox"/> 未満
採用年月日	令和 7 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。  
また返還免除要件を充足した場合には、本借入金の返還の免除を申請します。

令和 9 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。

令和 9 年 4 月 10 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

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

茂里町  
施設長  
公印

## 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		※ 介護保険事業所以外は記入不要
介護保険・障害分野等でのサービス種別	(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、障害者支援施設等)	
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	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。  
また返還免除要件を充足した場合には、本借入金の返還の免除を申請します。

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

公印