

業務従事届（就職支援金）

貸付番号
(県社協使用欄)

長崎県社会福祉協議会会長 様

住所等	〒852-9999 長崎市浦上町7777 携帯電話090(9999)9999 自宅電話095(999)9999		
氏名	島原 花子	生年月日	昭和 平成56年 4月10日生
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
従事先住所等	〒852-8999 長崎市茂里町99-99		電話095(999)8888
事業・サービスの区分 (該当する□に✓)	<input checked="" type="checkbox"/> 介護分野 介護保険事業所番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 介護保険法23条等に係る下記サービス： <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護、 <input type="checkbox"/> 短期入所、 <input type="checkbox"/> 通所介護、 <input type="checkbox"/> 通所リハ、 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設（特養） <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設（老健）、 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 「障害者総合支援法」に規定する障害福祉サービス事業、 <input type="checkbox"/> 居宅介護、 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護、 <input type="checkbox"/> 同行援護、 <input type="checkbox"/> 行動援護、 <input type="checkbox"/> 療養介護、 <input type="checkbox"/> 生活介護、 <input type="checkbox"/> 短期入所、 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援、 <input type="checkbox"/> 施設入所支援、 <input type="checkbox"/> 自立訓練、 <input type="checkbox"/> 就労移行支援、 <input type="checkbox"/> 就労継続支援、 <input type="checkbox"/> 就労定着支援、 <input type="checkbox"/> 自立生活援助、 <input type="checkbox"/> 共同生活援助 <input type="checkbox"/> 「障害者総合支援法」に規定する一般・特定相談支援事業、地域活動支援センター、 地域生活支援事業、基幹相談支援センター <input type="checkbox"/> 「児童福祉法」に規定する障害児通所支援・障害児相談支援・障害児入所支援の各事業 <input type="checkbox"/> 「身体障害者福祉法」に規定する身体障害者生活訓練等事業、手話通訳事業、介助犬訓練事業、 身体障害者社会参加支援施設	
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	年間の介護等従事日数が180日	<input checked="" type="checkbox"/> 以上 <input type="checkbox"/> 未満	
入社（予定）年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 内定中、 <input type="checkbox"/> 入社済み	入社（予定）日	令和 8年 10月 20日
入社前の介護・障害福祉分野での実務経験	<input checked="" type="checkbox"/> 無、 <input type="checkbox"/> 有 ※ 業務従事先では、履歴書、職歴表等から確認してください。		
採用後の休職の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※「有」の場合は、備考に内容を記入		
備考			

私は上記のとおり業務に従事する予定または従事していますので、お届けします。

令和 8年 10月 2日

氏名 島原 花子
(本人自筆)

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 7年 10月 2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99-99
ヘルパーステーション茂里町
施設長 茂里太郎

公印

茂里町
施設長
公印

業務従事届（就職支援金）

貸付番号 (県社協使用欄)	
------------------	--

長崎県社会福祉協議会会長 様

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

法人名			(連絡担当者名)
施設・事業所名			
従事先住所等	〒 _____		電話 ()
事業・サービスの区分 (該当する □に✓)	<input type="checkbox"/> 介護分野	介護保険事業所番号	
	<input type="checkbox"/> 障害福祉分野	介護保険法23条等に係る下記サービス： <input type="checkbox"/> 訪問介護、 <input type="checkbox"/> 短期入所、 <input type="checkbox"/> 通所介護、 <input type="checkbox"/> 通所リハ、 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設（特養） <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設（老健）、 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> その他 ()	
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	年間の介護等従事日数が180日	<input type="checkbox"/> 以上	<input type="checkbox"/> 未満
入社（予定）年月日	<input type="checkbox"/> 内定中、 <input type="checkbox"/> 入社済み	入社（予定日）	令和 年 月 日
入社前の介護・障害福祉分野での実務経験	<input type="checkbox"/> 無、 <input type="checkbox"/> 有 ※ 業務従事先では、履歴書、職歴表等から確認してください。		
採用後の休職の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※「有」の場合は、備考に内容を記入		
備考			

私は上記のとおり業務に従事する予定または従事していますので、お届けします。

令和 年 月 日 氏名 (本人自筆)

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

