

その債務を連帯して負担いたします。
様式第25号（長崎県介護福祉士修学資金等貸付共通）

記入例（白地様式は次頁）

退職届

令和 10年 9 月 15 日

長崎県社会福祉協議会会長 様

貸付番号 KA999
現住所 〒852-9999
長崎市茂里町99-99
携帯電話 090(9999) 9999
自宅電話 095(999) 9999

氏名（自署） 長崎 花子

下記のとおり退職しましたので、お届けします。

最終 従事 先・ 勤務 状況	法人名	社会福祉法人 茂里会		
	施設・事業所名	ヘルパーステーション茂里町		
	住所等	〒852-9999 長崎市茂里町66-66 電話 095(666) 6666		
	従業員名	生年月日	長崎 花子 昭和・平成 19年 6月 3日生	
	職種	☒ 介護職員 ☐ 介護職員以外()		
	雇用形態	年間換算での介護従事日数が180日	☒ 以上 ☐ 未満	
	採用年月日	令和 10年 4月 1日		
	退職年月日	令和 11年 8月 31日		
	就労中の休職の有無	☒ 無 ☐ 有（内容は備考に記入）		
退職理由	一身上の都合			
備考				

上記のとおり相違ないことを認めます。

令和 11年 9月 15日

業務従事先の住所
業務従事先の名称

長崎市茂里町66-66
ヘルパーステーション茂里町

茂里町
施設長
公印

公印

業務従事先の長の職及び氏名

施設長 茂里太郎

様式第25号（長崎県介護福祉士修学資金等貸付共通）

事業所の公印を押印ください。

退職届

令和 年 月 日

長崎県社会福祉協議会会長 様

貸付番号

現住所 〒 -

携帯電話 ()

自宅電話 ()

氏名（自署）

下記のとおり退職しましたので、お届けします。

最終従事先・勤務状況	法人名					
	施設・事業所名					
	住所等		〒 - 電話 ()			
	従業員名	生年月日			昭和・平成	年 月 日生
	職種		☐ 介護職員 ☐ 介護職員以外()			
	雇用形態		年間換算での介護従事日数が180日		☐ 以上 ☐ 未満	
	採用年月日		年 月 日			
	退職年月日		年 月 日			
	就労中の休職の有無		☐ 無 ☐ 有（内容は備考に記入）			
	退職理由					
備考						

上記のとおり相違ないことを認めます。

令和 年 月 日

最終従事先の所在地 〒 -