

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	5KB9999	氏名	長崎 花子	生年月日	昭和 平成 6年 3月 25日生
住所等	〒852-9999 長崎市浦上町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
介護保険等のサービス種別	訪問介護 (略称でも可:訪問介護、通所介護、小規模多機能、グループホーム等)	
従事先住所等	〒852-8999 電話095(999)8888 長崎市茂里町99-99	
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	平成 令和 18年 4月 1日	
採用後の休職状況	【休職が有る場合には、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 6年 5月 31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。

令和 6年 5月 31日

業務従事先の住所

長崎市茂里町99-99

業務従事先の名称

ヘルパーステーション茂里町

業務従事先の長の職及び氏名

施設長 茂里太郎

茂里町
施設長
公印

公印

事業所の公印を押印ください。

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		
介護保険等のサービス種別	(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	【休職が有る場合には、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

公印