

## 業務従事届（再就職準備金）

長崎県社会福祉協議会会長 様

貸付番号	
住所等	〒 <b>852-9999</b> <b>長崎市浦上町99-99</b> 携帯電話 <b>090(9999)9999</b> 自宅電話 <b>095(999)9999</b>
氏名	<b>長崎 花子</b> 生年月日 <b>昭和</b> 平成 <b>56</b> 年 <b>4</b> 月 <b>10</b> 日生

法人名	<b>社会福祉法人 茂里会</b>	(連絡担当者名)
施設・事業所名	<b>ヘルパーステーション茂里町</b>	<b>福祉太郎</b>
介護保険事務所番号	<b>1 2 3 4 5 6 7 8 9 0</b>	
介護保険でのサービスのコード・種別	<b>11 訪問介護</b> (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	〒 <b>852-8999</b> 電話 <b>095(999)8888</b> <b>長崎市茂里町99-99</b>	
職種	<input checked="" type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護職員以外 ( )	
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
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 <b>6</b> 年 <b>6</b> 月 <b>20</b> 日
直近の介護職歴	退職年月日 <b>平成</b> 令和 <b>21</b> 年 <b>10</b> 月 <b>1</b> 日 勤務先( <b>社会福祉法人 亀山会 グループホーム ふれあい</b> ) ※ 業務従事先は、履歴書の職歴欄より確認して下さい。	
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 **6**年**6**月**2**日氏名 **長崎 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 **6**年**6**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**

## 業務従事届（再就職準備金）

長崎県社会福祉協議会会長 様

貸付番号			
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			
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	<input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護職員以外 ( )		
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
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
直近の介護職歴	退職年月日：平成・令和 年 月 日 勤務先 ( ) ※ 業務従事先は、履歴書の職歴欄より確認して下さい。		
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

