（様式第11号-②）　　※再就職準備資金用

業　務　従　事　届

年　　月　　日

社会福祉法人青森県社会福祉協議会会長　殿

決定番号	※事務局にて記入 第　　号	資金種類	離職介護人材再就職準備資金
自宅住所	〒　　－ 自宅電話　　（　　） 携帯電話　　（　　）		
フリガナ			生年月日
氏名	㊞		昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳）

介護等の業務に従事したので、社会福祉法人青森県社会福祉協議会介護福祉士修学資金等貸付事業実施要綱第12条第2項の規定により、次のとおり届け出ます。

業務従事先	所在地及び電話番号	〒　　－ 電話　　（　　）
	施設名及び所属団体名	
	職種	
	業務内容	
	勤務形態	常勤（フルタイム勤務）　・　非常勤　・　パート
雇用期間	平成　　年　　月　　日　から　　平成　　年　　月　　日　まで ※就職した月日から、証明された月日までを記入ください。	
介護等の業務従事日数 （　）に○を記入	（　）180日以上であること　　（　　）その他 ※1年のうちで、休日、休暇、病気、休職等で従事しなかった日を除いた日数	

上記のとおり相違ないことを証明します。

年　　月　　日

業務従事先の施設（所属団体）の長
の職及び氏名　　印