

(様式第18号)

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	第 号	資金種類 ※該当に○	1 介護福祉士修学資金 2 社会福祉士修学資金 3 実務者研修受講資金 4 再就職準備金
自宅住所	〒 ー 自宅電話 () 携帯電話 ()		
フリガナ	生年月日		
氏名	印		年 月 日 (歳)

返還免除対象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11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	〒 ー 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	年 月 日 から 年 月 日 まで ※就職した月日から、証明された月日までを御記入下さい。	
介護等の業務 従事日数	ア 180日以上 イ その他(日) ※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