

(様式第10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  
前田 保 殿

決定番号	第 号	
フリガナ		生年月日
氏名	㊟	年 月 日( 歳)
自宅住所	〒 ー	
電話番号	(自宅)	(携帯)

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ひとり親家庭高等職業訓練促進資金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	〒 ー
	電話番号	
	施設名及び所属団体名	
	職種	
業務従事期間	年 月 日 から	

上記のとおり従事していることを証明します。

年 月 日

業務従事先の施設(所属団体)の長  
の職及び氏名

印