

ひとり親家庭住宅支援資金 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

貸付番号	第 号	
現住所	〒 ー 自宅電話 () 携帯電話 ()	
フリガナ		生年月日
氏名	Ⓔ	年 月 日 (歳)

業務従事先	所在地及び電話番号	〒 ー 電話 ()
	勤務先名称	
	勤務形態 ※該当するものに ☑してください。	<input type="checkbox"/> 常勤(フルタイム勤務) <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> パート(アルバイト)
雇用契約日	年 月 日	
雇用期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
業務の中断期間	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	理由	
業務従事期間 ※返還免除時に 記入	期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	月数	か月

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日
勤務先の長
の職及び氏名

印

プログラム 策定員の 意見	上記のとおりプログラム策定を受け業務に従事している。	
	福祉事務所名	
	担当者氏名	