

福祉系高校修学資金 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			
現住所	〒 ー		自宅電話 () 携帯電話 ()
フリガナ	生年月日		
氏名	印		年 月 日

返還免除対象業務に従事したので、青森県福祉系高校修学資金貸付事業実施要綱の規定により、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	
	施設名及び所属団体名	電話 ()	
	業務従事先の業種 ※該当するものに ☑してください。	<input type="checkbox"/> 居宅サービス等を提供する事業所もしくは施設 (介護保険法(平成9年法律第123号)第23条に規定する居宅サービス等) <input type="checkbox"/> 第一号訪問事業を実施する事業所 (介護保険法第115条の45第1項第1号イに規定する第一号訪問事業) <input type="checkbox"/> 第一号通所事業を実施する事業所 (介護保険法第115条の45第1項第1号ロに規定する第一号通所事業) <input type="checkbox"/> その他() 根拠法律()	
	職種 ※該当するものに ☑してください。	<input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護職員以外()	
	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)	
在籍期間 (証明期間)	年 月 日 から	ア. 年 月 日まで	
		イ. この届出を記入した日にちまで	
介護等の業務 従事日数	年間の介護従事日数が180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	<input type="checkbox"/> 以上 <input type="checkbox"/> 未満 (日)	
業務中断期間	<input type="checkbox"/> あり (年 月 日 ~ 年 月 日) <input type="checkbox"/> なし		
中断の理由			

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

