

福祉系高校修学資金 業務従事届

年 月 日

社会福祉法人  
佐賀県社会福祉協議会会長 様

決定番号 \_\_\_\_\_

借受人 住 所

氏 名 ㊟

次のとおり、介護福祉士として介護職員等の業務に従事していますので、届出します。

記

従事施設 住 所	〒  電話番号 ( ) -
従事施設名	
従事(勤務) 開 始 日	年 月 日から
業 務 内 容	
役 職 名	
雇 用 形 態	常勤 ・ 非常勤 ( 週 月 日間勤務) ・ その他 ( )

※「雇用形態」欄については、該当項目に○印を付すこと

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

法人又は施設名

理事長又は施設長名 ㊟

備考

- 貸付けの条件として非常勤の場合、介護職員等の業務に月15日以上勤務を要します。また、雇用期間に定めがあって、更新がない場合は、免除要件である3年間の従事期間を満たさない可能性がありますので、貸付対象とはなりません。
- 理事長又は施設長名」欄の印は、個人印ではなく公印を押してください。
- 勤務開始以降、毎年4月に在職確認を行います。その場合は、証明日の日付は当年度4月1日以降を記入してください。