

# 就 業 届

年 月 日

社会福祉法人  
佐賀県社会福祉協議会 会長 様

貸付番号 \_\_\_\_\_

住 所

電話番号

氏 名

(本人自筆)

㊞

次のとおり業務に従事していますので、届出します。

勤務先 住所	〒  電話番号 ( ) -
勤務先名	
勤務開始日	年 月 日から
雇用形態	・常勤 ・非常勤 (週 時間勤務) ・その他 ( )

※「雇用形態」欄については、該当項目に○印を付すこと

※1 週間の所定労働時間は週 20 時間以上とします

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

所 在 地

事業所名称

代表者名

㊞

代表者印を押印