

介護福祉士修学資金等業務従事届

令和 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	令和 年 月 日から
業 務 内 容	
役 職 名	
雇 用 形 態	常勤 ・ 非常勤 (週 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。

令和 年 月 日

法人又は施設名

理事長又は施設長名 ㊟

備考

- 「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。