

業務従事届 (再就職準備金)

長崎県社会福祉協議会会長 様

貸付番号 (県社協使用欄)			
住所等	〒852-9999 長崎市浦上町99-99 携帯電話090(9999)9999 自宅電話095(999)9999		
氏名	長崎 花子	生年月日	昭和 平成55年 4月10日生

法人名	社会福祉法人 茂里会		(連絡担当者名)
施設・事業所名	ヘルパーステーション茂里町		福祉太郎
介護保険事務所番号	1	2	3
介護保険でのサービスのコード・種別	11	訪問介護 (略称でも可：訪問介護、通所介護、小規模多機能、グループホーム等)	
従事先住所等	〒852-8999 電話095(999)8888 長崎市茂里町99-99		
職種	<input checked="" type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護職員以外 ()		
雇用形態	年間の介護従事日数が180日		<input checked="" type="checkbox"/> 以上 <input type="checkbox"/> 未満
入社(予定)年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 内定中 <input type="checkbox"/> 入社済み	入社(予定日)	令和 2年6月20日
採用後の休職の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※「有」の場合は、備考に内容を記入		
備考			

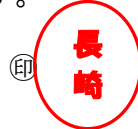
※機械印字に相違がある場合は、訂正箇所を二重線で消して訂正印を押し、手書きで書き直して下さい。
※サービスの種別は、介護職員処遇改善加算の算定の対象内であれば、多少の相違は修正不要です。

私は上記のとおり業務に従事する予定または従事していますので、お届けします。

令和 2年6月2日

氏名
(本人自筆)

長崎 花子



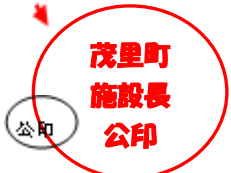
上記のとおり相違ないことを証明します。

事業所の公印を押印ください。

令和 2年6月2日

業務従事先の住所
業務従事先の名称
業務従事先の長の職及び氏名

長崎市茂里町99-99
ヘルパーステーション茂里町
施設長 茂里太郎



業務従事届（再就職準備金）

長崎県社会福祉協議会会長 様

貸付番号 (県社協使用欄)			
住所等	〒 _____ 携帯電話 () 自宅電話 ()		
氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日生

法人名			(連絡担当者名)
施設・事業所名			
介護保険事務所番号			
介護保険でのサービスのコード・種別	(略称でも可：訪問介護、通所介護、小規模多機能、グループホーム等)		
従事先住所等	〒 _____		電話 ()
職種	<input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護職員以外 ()		
雇用形態	年間の介護従事日数が180日		<input type="checkbox"/> 以上 <input type="checkbox"/> 未満
入社(予定)年月日	<input type="checkbox"/> 内定中 <input type="checkbox"/> 入社済み	入社(予定日)	令和 年 月 日
採用後の休職の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※「有」の場合は、備考に内容を記入		
備考			

※機械印字に相違がある場合は、訂正箇所を二重線で消して訂正印を押し、手書きで書き直して下さい。

※サービスの種別は、介護職員処遇改善加算の算定の対象内であれば、多少の相違は修正不要です。

私は上記のとおり業務に従事する予定または従事していますので、お届けします。

令和 年 月 日 氏名 (本人自筆) (印)

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

業務従事先の住所

業務従事先の名称

業務従事先の長の職及び氏名

