

業務従事届

長崎県社会福祉協議会会長 様

【借入人欄】

貸付番号	<b>999</b>	氏名	<b>長崎 花子</b>	生年月日	<b>平成 16 年 6 月 3 日</b> 生
住所等	〒 <b>852-9999</b> <b>長崎市茂里町99-99</b>				
	携帯電話	<b>090 (9999) 9999</b>	自宅電話	<b>095 ( 999) 9999</b>	

※住所、氏名を変更している場合は、新住民票を添付して下さい。

【勤務状況欄】

法人名	<b>社会福祉法人 茂里会</b>	(連絡担当者名)
施設・事業所名	<b>ヘルパーステーション茂里町</b>	<b>福祉太郎</b>
介護保険事業所番号	<b>1 2 3 4 5 6 7 8 9 0</b>	※ 介護保険事業所以外は記入不要
介護保険・障害分野等でのサービス種別	<b>訪問介護</b> (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、障害者支援施設等)	
従事先住所等	〒 <b>852-8999</b> <b>長崎市茂里町66-66</b> 電話 <b>095 (666) 6666</b>	
職種	<input checked="" type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護職員以外 ( ) ※ 兼務の場合、主として（概ね8割以上）従事している職種を記入ください。	
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	
採用年月日	令和 <b>6</b> 年 <b>4</b> 月 <b>1</b> 日	
採用後の休職状況	【休職有る場合のみ、下記にその状況を記入ください】	
備考		

私は上記のとおり業務に従事していますので、お届けします。  
また返還免除要件を充足した場合には、本借入金の返還の免除を申請します。

令和 **6** 年 **4** 月 **10** 日

氏名

**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 **6** 年 **4** 月 **10** 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66-66**  
**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

長崎県社会福祉協議会会長 様

**【借入人欄】**

貸付番号		氏名		生年月日	年 月 日生
住所等	〒 _____				
	携帯電話	( )	自宅電話	( )	

※住所、氏名を変更している場合は、新住民票を添付して下さい。

**【勤務状況欄】**

法人名		(連絡担当者名)
施設・事業所名		
介護保険事務所番号	※ 介護保険事業所以外は記入不要	
介護保険・障害分野等でのサービス種別	(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、障害者支援施設等)	
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 ( ) <small>※ 兼務の場合、主として(概ね8割以上)従事している職種を記入ください。</small>	
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
採用年月日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
採用後の休職状況	<b>【休職有る場合のみ、下記にその状況を記入ください】</b>	
備考		

私は上記のとおり業務に従事していますので、お届けします。  
 また返還免除要件を充足した場合には、本借入金の返還の免除を申請します。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日                      氏名                      (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

(公印)