

業務従事届

長崎県社会福祉協議会会長 様

貸付番号			
養成施設等名 (学科・専攻まで詳しく)			
養成校卒業年月日	令和 年 月 日	資格取得年月日	令和 年 月 日
申請人の住所等	〒 _____ 自宅電話 () 携帯電話 ()		
氏 名		生年月日	昭和・平成 年 月 日生

法人名		連絡担当者名	
従事先住所等	〒 _____ 電話 ()		
職 種			
採用年月日	令和 年 月 日		
雇用形態	1週間の所定労働時間が20時間	<input type="checkbox"/> 以上	<input type="checkbox"/> 未満
雇用種類	<input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 契約職員 <input type="checkbox"/> その他()		

※「取得した資格が必要な業務」とは、常勤に限らないが1週間の所定労働時間が20時間以上必要です。上記雇用形態欄の該当するところにチェックを付けて下さい。

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。

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

業務従事先の住所等 〒 -

業務従事先の名称

業務従事先の長の職及び氏名

印