

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	
直近の介護職歴	退職年月日：平成・令和 年 月 日 勤務先 ( ) ※ 業務従事先は、履歴書の職歴欄より確認して下さい。			
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				

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

