

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	KA999	氏名	長崎 花子	生年月日	平成 14 年 6 月 3 日生
住所等	〒852-9999 長崎市茂里町99-99				
	携帯電話	090 (9999) 9999	自宅電話	095 ( 999) 9999	

※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	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	4	5	6	7	8	9	0
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 長崎市茂里町66-66		電話095 (666) 6666							
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				
採用年月日	令和 5 年 4 月 1 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。

令和 5 年 4 月 10 日

氏名

長崎 花子

長崎

事業所の公印を押印ください。

上記のとおり相違ないことを証明します。

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

令和 5 年 4 月 10 日

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

茂里町  
施設長  
公印

## 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
採用年月日	年 月 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。

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