

訓練促進資金返還免除対象業務従事届

年 月 日

社会福祉法人長野県社会福祉事業団理事長 様

貸付番号		
被貸付者 住 所	〒 電話（自宅 / 携帯 ）	
フリガナ		生 年 月 日
氏 名	印	年 月 日（ 歳）
取得資格		

返還免除対象業務に従事したので、次のとおり届け出ます。

業 務 従事先	所在地及び 電 話 番 号	〒 電 話 （ ）
	名 称	
	職 種	
業 務 従事期間	年 月 日 から	

上記のとおり従事していることを証明します。

年 月 日

業務従事先の名称

従事先の長の職及び氏名

