

業務従事届

(記入日)

年 月 日

社会福祉法人 長野県社会福祉事業団 理事長 様

(被貸付者記入欄)

貸付番号		
被貸付者の住所	〒 電話 (自宅 / 携帯)	
フリガナ		生 年 月 日
氏 名	印	年 月 日 (歳)
登録状況 <small>※介護福祉士・社会福祉士登録証参照</small>	登録年月日 登録番号	年 月 日 号 <small>※初年度のみ登録証の写しを添付</small>

(業務従事先による証明記入欄) ※被貸付者本人が記入した場合は無効となります。

業務従事先	勤務地住所 電話番号	〒 (電話 ())
	施設名	
※現在の勤務地を記入	職 種 (業務内容)	
	雇用形態 <small>※いずれかに○</small>	正規職員 正規職員以外 (ひと月の勤務日数 日) ※日数を必ず記入
業務従事期間	入社日:	年 月 日
	上記施設在籍期間:	年 月 日から 年 月 日現在
休職等 有・無 <small>※いずれかに○</small>	左記が 有 (在職期間に産・育休、療休等が含まれる) の場合は記入 期間: 年 月 日から 年 月 日まで (理由:) 期間: 年 月 日から 年 月 日まで (理由:)	

上記のとおり返還免除対象業務に従事していることを証明します。

- 証明年月日 令和 年 月 日
- 法人名 及び 施設名
- 施設等の長の役職
- 施設等の長の氏名

公印

(注) 返還免除対象業務は事業団ホームページを参照してください。