

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
(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 ※介護福祉士・社会 福祉士登録証参照	登録年月日 年 月 日 登録番号 号 ※初年度のみ登録証の写しを添付		

(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 ※現在の 勤務地を 記入	勤務地住所 電 話 番 号	〒 (電話 ())	
	施 設 名		
	職 種 (業務内容)		
	雇 用 形 態 ※いずれかに○	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	左記が 有 (在職期間に産・育休、療休等が含まれる) の場合		
	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。