

訓練促進資金返還免除対象業務従事届

令和 年 月 日

社会福祉法人長野県社会福祉事業団理事長 様

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。

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		

(以下、業務従事先による記入欄 ※被貸付者本人が記入した場合は無効)

業務従事先	所在地及び電話番号	〒 電話 ()
	名称	
	職種	
	雇用形態	<input type="radio"/> 正規職員 ・ <input type="radio"/> 非正規職員 ※いずれかに○ (週 時間勤務)
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。

令和 年 月 日

業務従事先の名称

従事先の長の役職・氏名

