

介護福祉士実務者研修受講資金 業務従事届出書

年 月 日

社会福祉法人宮崎県社会福祉協議会会長 殿

介護福祉士として対象 (外) 業務に従事したので、次のとおり届け出をします。

借受人番号	第 号		
借受人氏名		生年 月日	昭和・平成 年 月 日
住所	〒 ー 電話 ()		

上記の者について、下記のとおり従事していることを証明します。

業務従事先	所在地	〒 ー 電話 ()		
	施設又は 事業所名			
	施設又は事 業所種類			
	雇用形態	常勤	非常勤	その他 ()
	職 種			
業務従事期間	年 月 日から			

年 月 日

法人名/施設・事業所名

代表者の職及び氏名

公印