

離職介護人材再就職準備金 業務従事届出書

社会福祉法人宮崎県社会福祉協議会会長 殿

介護職員等として対象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・事業所名	
	施設・事業所種類	(例：訪問介護、通所介護、認知症対策型共同生活介護 等)
	職種	
	施設・事業所及び 職種	該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス等を提供する事業所若しくは施設 又は第一号訪問事業若しくは第一号通所事業を 実施する事業所において介護職員その他主たる 業務が介護等である者である <input type="checkbox"/> 上記以外 ()
	雇用形態	常勤 非常勤 その他 ()
業務従事期間	年 月 日から	

年 月 日

業務従事先の施設 (所属団体名)

代表者の職及び氏名

公印
