

介護福祉士修学資金等貸付金 業務従事届

年 月 日

社会福祉法人青森県社会福祉協議会会長 殿

貸付番号			
現住所	〒 ー	自宅電話 ()	携帯電話 ()
フリガナ		生年月日	
氏名		年 月 日	

返還免除対象業務に従事したので、青森県介護福祉士修学資金等貸付事業実施要綱等の規定により、次のとおり届け出ます。

業務従事先	従事先施設等の所在地及び電話番号	〒 ー	電話 ()
	団体・会社名		
	施設・事業所名		
	職種名		
	業務内容		
	勤務形態 ※該当するものに☑してください。	<input type="checkbox"/> 常勤(フルタイム勤務) <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> パート(アルバイト)	
在籍期間 (証明期間)	年 月 日 から	ア. 年 月 日まで	
		イ. 証明日現在、在籍中	
介護等の業務 従事日数	年間の従事日数が180日 ※1年のうちで、休日、休暇、病気、休職等で 従事しなかった日を除いた日数	<input type="checkbox"/> 以上 (見込含む) <input type="checkbox"/> 未満 (日)	
業務中断期間 ※該当箇所に☑ してください。	<input type="checkbox"/> あり (年 月 日 ~ 年 月 日) <input type="checkbox"/> なし		
中断の理由			

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

業務従事先の施設(所属団体)の長
の職及び氏名

印