

業 務 従 事 届

令和 年 月 日

鹿児島県社会福祉協議会会長 様

貸付番号		
住所	〒 -	
	(電話)	(携帯)
フリガナ		生 年 月 日
氏 名	Ⓜ	年 月 日 (歳)

上記の者は、返還免除対象業務又は充当資金返還免除対象業務に従事しているもので、次のとおり届け出ます。

業 務 従 事 先	所在地及び 電話番号	〒 - 電話 ()
	施設名又は 所属団体名	
	事業所番号	
	職種・業務	
業務従事期間	平成・令和 年 月 日 から 現在 まで	

上記のとおり従事していることを証明いたします。

令和 年 月 日

業務従事先の施設（所属団体）

の長の職及び氏名

Ⓜ

（注1）返還免除対象業務とは、実施要綱第11条に定める業務及び同第3条に定める介護職員等の業務並びに障害福祉職員の業務をいう。

（注2）充当資金返還免除対象業務とは、実施要綱第11条の（5）に定める業務をいう。