

業 務 従 事 届

社会福祉法人神奈川県社会福祉協議会 会長 殿

修学生番号	S								
住所及び連絡先	〒 _____ 電話 () _____ 携帯電話 () _____								
フリガナ					生 年 月 日				
氏 名					年 月 日 (歳)				

下記のとおり介護福祉士・社会福祉士の業務に従事したので、届け出ます。

業 務 従 事 先	所在地及び電話番号	〒 _____ 電話 () _____
	法人名	
	施設種別	
	施設名	
	職 種	介護職員・相談員・その他 ()
	雇用形態	正職員・正職員以外 →正職員以外 (日/週・ 時間/日)
業務従事開始年月日	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。

証明日： 年 月 日

法人名および施設名 _____

代表者 役職名 _____

代表者 氏名 _____

公印

※記載内容に関する照会先

部署名 _____

担当者名 _____

電話番号 _____