

# 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・氏名・生年月日は本人にて記入し、それ以外はすべて従事先にてご記入ください。

修学生番号	S								
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	従 事 先 情 報 (実際に働く場所)	〒 _____ 住 所  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 (非常勤・派遣・他) → ( 1日あたり      時間 で 週      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 \_\_\_\_\_

※記載内容に関する照会先

公印

部署名 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

訂正がある場合、修正液等は使用せず、二重線で訂正の上、公印を押してください。(修正テープ・私印使用不可)

問い合わせ先 神奈川県社会福祉協議会 福祉人材センター 貸付担当 045-312-4816