

(様式第8号)

介護分野就職支援金 業務従事届

年 月 日

社会福祉法人 奈良県社会福祉協議会 会長 様

貸付番号			
住 所	〒 ー TEL: ()		
フリガナ 氏 名			生年月日
	Ⓜ		年 月 日 (歳)
業務従事先	法人名及び 施設・事業所名		
	施設・事業所 住所及び電話番号	〒 ー TEL: ()	
	職 種 (主な担当業務)		
雇用形態 (該当するものに☑)	※非常勤の場合は日数を必ず記入してください。 <input type="checkbox"/> 常勤 (週5日以上) <input type="checkbox"/> 非常勤 (週平均従事日数 日)		
業務開始日	年 月 日		

上記の通り返還免除対象業務に従事していることを証明します。

年 月 日

施設・事業所名

施設・事業所代表者職名・氏名

会社印