

貸 付 番 号	第	号
---------	---	---

福祉系高校修学資金・福祉系高校修学資金返還充当資金
現況届

令和 年 月 日

社会福祉法人
福岡県社会福祉協議会会長 様

住 所
氏 名 (印)
電話番号

次のとおり、県内で引き続き返還免除対象業務に従事していることを報告します。

業 務 従事先	事業所名	
	事業所所在地	
	分 野	<input type="checkbox"/> 高齢者 → <input type="checkbox"/> 介護保険サービス事業所である <input type="checkbox"/> 介護保険サービス事業所でない <input type="checkbox"/> 児童 <input type="checkbox"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> その他
	サービス種別	
	職 種	
	雇用形態	<input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> 常勤（正職員以外） <input type="checkbox"/> 非常勤・パート
	勤務状況 ※（ ）□に 記入	① 1 日あたりの勤務時間（ ）時間 ② 1 週間あたりの勤務日数 週（ ）日 <input type="checkbox"/> 週20時間以上、1年あたり180日以上業務従事が想定される者です
	休職・復職	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※ある場合は、様式 2 9 号を併せて提出すること
備 考	※人事異動があった場合等	

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

法人名
法人代表者職名・氏名 (公印)

証明書作成者の所属・氏名
連絡先 TEL () -