

修 学 生 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
業務従事届

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

下記のとおり業務に従事しましたので、お届けします。

国家資格の登録年月日		年 月 日
従 事 年 月 日		年 月 日
従事先	所 在 地	
	名 称	
	職 種	
	雇用形態	

備 考

- 1 介護福祉士資格登録証の写しを添付して下さい。
- 2 在職証明書（その1）を添付してください。