

介護福祉士実務者研修受講資金 業務従事届

山形県社会福祉協議会長 殿

貸付コード番号		
住 所	〒 ー	
フリガナ		生年月日〈西暦〉
氏 名	⑩	年 月 日 ( 歳)
介護福祉士国家資格	未取得 ・ 取得済 (登録済)	

私は、以下のとおり介護等の業務に従事しているので、次のとおり届け出ます。

※以下については業務従事先より記入、証明いただいでください

業務従事先	所在地及び電話番号	〒 ー 電話 ( )
	施設名又は所属団体名	
	事業種別	
業務従事期間〈西暦〉	年 月 日 から	
従事している業務		

上記のとおり従事していることを証明いたします。

年 月 日

業務従事先の施設 (法人等)  
の長の職及び氏名

公印