

介護等業務従事状況届出書

社会福祉法人 滋賀県社会福祉協議会 会長 様

年 月 日

※本人記入

修学生番号		氏名	⑩
住所・電話番号	〒 _____ TEL ( _____ )		

【 月 日現在の従事状況】※従事先記入

名称			
施設・事業所種別			
所在地	〒 _____ TEL _____		
従事する職種			
雇用形態	正職員 ・ 正職員以外 ( _____ )		
週勤務日数	常勤 (週5日以上) ・ 非常勤 (月: _____ 日 勤務)		
雇用開始日	年 月 日	復職日 (該当者のみ記入)	年 月 日
雇用終了日	定めなし ・ 年 月 日 更新の可能性 (あり・なし)		
休職期間の有無	入職から現在までの休職期間について あり ・ なし ※ありの場合は期間を記入 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日		

上記のとおり従事状況を証明します。

年 月 日

施設・法人名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_

⑩  
(公印・事業所印)