

介護福祉士修学資金等貸付
業務従事期間証明書

施設等捨印欄

沖縄県社会福祉協議会会長 殿

※借受人記入欄

貸付番号			
住 所	〒 -		
フリガナ		生 年 月 日	
氏 名		S・H 年 月 日 (歳)	

下記のとおり所定の介護等の業務に従事したので届出ます。

※事業所記入欄

業務従事先	所在地及び 電話番号	〒			
	施設名又は 所属団体名	電話 ()			
	職種		雇用形態	正規 / 非正規 (常勤 ・ 非常勤)	
業務従事期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで (年 箇月)				
	業務従事日数	日			
	休職期間	①	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで		
		②	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで		
		③	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで		
④		平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで			
平成 年 月 日					
・業務従事先の施設等の名称 : _____					
・施設長の氏名 : _____ (公印)					