第10号様式（就）

**業 務 従 事 届**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　　西暦　　 　年　　月　　日

社会福祉法人 大分県社会福祉協議会会長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 貸付番号 |  | ＊決定通知書の貸付番号を記載してください。 |
| フ　リ　ガ　ナ |  | 生 年 月 日 |
| 氏　　　名 | ㊞ | 西暦　　　　年　　月　　日 |
| 住所・電話番号 | 〒　　　-  固定電話：　　　（　　　）　　　　　　 　携帯電話：　　　　-　　　　- | |

以下のとおり介護職員等※の業務に従事しているので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法　　人　　名 |  | | | | | | | | | | | |
| 事業所･施設名等 |  | | | | | | | | | | | |
|  | 連絡担当者名 |  | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 介護保険  サービスの種類 |  | | | | | | | | | | | |
| 従事先住所等 | 〒　　　-  　　　　　　　　　　　　　　 電話：　 　　（　　　） | | | | | | | | | | | |
| 業務従事期間 | 西暦 年 月 日から | | | | | | | | | | | |
| 従事している職種 |  | | | | | | | | | | | |
| 雇　用　形　態 | 正規職員　　・　　非正規職員　　（いずれかを○で囲んでください｡） | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |

【事業主証明欄】

上記のとおり、相違ないことを証明します。 西暦　　　　年　　月　　日

所在地

　 法人名/施設・事業所名

代表者の職・氏名 印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （個人印不可）