第10号様式（障）

**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入してください。 |
| 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:　 　 　-　　　- | |

以下のとおり障害福祉職員業務※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 |  | | | | | | | | | |
| ※事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 障害福祉サービス  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｡） | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (注) 1. ※事業所番号：障害福祉サービス等情報公表制度にもとづきWAMNETに掲載されているもの。  【事業主証明欄】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　西暦　　　　年　　月　　日  上記のとおり、相違ないことを証明します。      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） | | |
|  |  |  |
|  | | |