

業務従事届

年 月 日

埼玉県社会福祉協議会会長 様

| | | |
|------|-------------|---------------------|
| 住 所 | 〒 ー | |
| | 電話 自宅 () ー | |
| | 携帯 () ー | |
| フリガナ | | 生 年 月 日 |
| 氏 名 | 【貸付番号 | 西暦 年 月 日 (歳) |

【勤務先施設記入欄】

| | | |
|-------------|-------------------|---|
| 業務 従事先 | 所在地及び 電話番号 | 〒 ー 電話 () ー |
| | 法人名及び 施設・事業所名称 | |
| | 施設・事業所 種別 | |
| | 職 種 | |
| | 雇用形態 (該当に○) | 正職員、非常勤職員、パート又はアルバイト、 その他 () ※1年あたり180日以上勤務が想定される者 |
| 業務開始 年月日 | 年 月 日 から | |

上記のとおり従事していることを証明します。

年 月 日

施設・事業所等名

代表者 職・氏名

印