

業 務 従 事 状 況 報 告 書

年 月 日

社会福祉法人 岡山県社会福祉協議会長 殿

届出者 住所

氏名 印

電話 （ ） ー

下記のとおり業務に従事していることを報告します。

|                                |                                                                                                                    |                                           |  |       |  |    |  |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--|-------|--|----|--|
| 貸付決定番号                         |                                                                                                                    |                                           |  |       |  |    |  |
| 借受人氏名                          |                                                                                                                    |                                           |  |       |  |    |  |
| 取得した資格                         |                                                                                                                    |                                           |  |       |  |    |  |
| 従事先等                           |                                                                                                                    | 所在地                                       |  |       |  |    |  |
|                                |                                                                                                                    | 名称                                        |  |       |  |    |  |
|                                |                                                                                                                    | 従事している職種                                  |  |       |  |    |  |
|                                |                                                                                                                    | 業務内容                                      |  |       |  |    |  |
| 業務の形態及び<br>労働時間                |                                                                                                                    | 正社員 ・ 契約社員 ・ 派遣社員 ・ パート・アルバイト ・<br>その他（ ） |  |       |  |    |  |
|                                |                                                                                                                    | 1 週間の所定労働時間                               |  |       |  | 時間 |  |
| 従事期間                           |                                                                                                                    | 年 月 日 ～                                   |  | 年 月 日 |  |    |  |
| 休職<br>(※)                      | 期間                                                                                                                 | 年 月 日 ～                                   |  | 年 月 日 |  |    |  |
|                                | 理由                                                                                                                 |                                           |  |       |  |    |  |
| その他参考事項                        |                                                                                                                    |                                           |  |       |  |    |  |
| 証<br><br><br><br><br><br><br>明 | 上記のとおり従事していることを証明します。<br><br>年 月 日<br><br>社会福祉法人 岡山県社会福祉協議会長 殿<br><br>所在地<br><br>従事先の名称<br><br>従事先の長 印<br><br>電話番号 |                                           |  |       |  |    |  |

※印については、疾病等により休職（雇用契約が継続しているもの）した期間がある場合に記入し、その休職期間については従事期間に含めてください。