

業務従事証明書

令和 年 月 日

公益財団法人富山県母子寡婦福祉連合会会長 殿

【借受人】

住所	(〒 -)
氏名	

【業務従事先】

事業所の所在地	(〒 -)	電話 ()
事業所の名称		
事業所の種類		
職種		
従事業務に関わる資格	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理容師 <input type="checkbox"/> 美容師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> 調理師 <input type="checkbox"/> 製菓衛生師 <input type="checkbox"/> その他 ()	
1週間の所定労働時間		
業務従事期間	年 月 日から 年 月 日まで ※資格取得以降の日を記入 ※継続中の場合は終期の記入不要	

上記のとおり業務に従事したことを証明します。

事業所名

代表者



業務従事先変更届

令和 年 月 日

公益財団法人富山県母子寡婦福祉連合会会長 殿

借受人住所

氏名

㊞

次のとおり業務従事先を変更したので届け出ます。

貸付内容	資金の種類	<input type="checkbox"/> 入学準備金 <input type="checkbox"/> 就職準備金	
	貸付番号		
	貸付金額	円	
取得した資格	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理容師 <input type="checkbox"/> 美容師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> 調理師 <input type="checkbox"/> 製菓衛生師 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
資格取得日	年 月 日		
変更前の業務従事先	事業所の所在地	(〒 —)	電話 () —
	事業所の名称		
	事業所の種類		
	退職等の年月日	年 月 日	
	変更理由	<input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 異動 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
変更後の業務従事先	事業所の所在地	(〒 —)	電話 () —
	事業所の名称		
	事業所の種類		
	就業開始日	年 月 日	

<添付書類>

①変更後の従事先の業務従事証明書（様式第16号）

※異動に伴う勤務地の変更のみで、業務内容に変更がない場合は添付不要

離職届

令和 年 月 日

公益財団法人富山県母子寡婦福祉連合会会長 殿

借受人住所

氏名

印

次のとおり離職したので届け出ます。

貸付内容	資金の種類	<input type="checkbox"/> 入学準備金 <input type="checkbox"/> 就職準備金
	貸付番号	
	貸付金額	円
従事先 事業所名		
離職年月日	年 月 日	
離職理由		