

指 定 業 務 従 事 届

平成 年 月 日

社会福祉法人
愛知県母子寡婦福祉連合会理事長 殿

高等職業訓練 促進給付金を 支給していた 福祉事務所	<input type="checkbox"/> 名古屋市 区社会福祉事務所 <input type="checkbox"/> 市 (社会) 福祉事務所 <input type="checkbox"/> 愛知県 福祉相談センター	決定 番号	
取得資格		資格取得 年月日	年 月 日
住 所	〒 - 電話		
氏 名	印	生年 月日	年 月 日 (歳)

下記のとおり高等職業訓練促進給付金を受けて取得した資格にかかる業務に従事しましたので届け出ます。

業 務 従 事 先	所在地及び 電話番号	〒 - 電話 ()
	事業所名又は 所属団体名	
	職 種	
	従 事 期 間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで (年 か月)

上記のとおり従事していることを証明いたします。

平成 年 月 日

業務従事先の事業所 (所属団体) の
長の職及び氏名

印

(注) 毎年4月1日における職種並びに勤務先の名称及び所在地を、その年の4月15日までに届け出ること。