

指 定 業 務 従 事 事 業 所 変 更 届

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

借受人 福祉事務所

決定番号

住 所

電話番号

氏 名

印

社会福祉法人愛知県母子寡婦福祉連合会高等職業訓練促進資金貸付規程第12条
第4項第4号の規定により下記のとおり届け出ます。

記

1 新事業所 所在地

事業所名

2 旧事業所 所在地

事業所名

3 変更年月日

年 月 日

※福祉事務所は、高等職業訓練促進給付金を支給している又は支給していた福祉事務所名を記入する。

※指定業務に従事したことを証する書類として「指定業務従事期間証明書」（第7号様式）を添付すること。