

記入例 1 2 一 ①

返還免除対象業務に継続して従事している

返 還 免 除 対 象 業 務 従 事 届

○ 年 ○ 月 ○ 日

東京都社会福祉協議会会長 様

修学生番号	J****I
住 所	〒123-4567 東京都千代田区飯田橋3-10
氏 名	東 京 花 子 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">東京</span>
T E L	03 - ●●●● - ●●●●
介護福祉士 登録番号	第 999999 号
登録日	●● 年 ● 月 ● 日

下記のとおり指定施設（従事先施設）等において返還免除対象業務に従事したので届け出ます。

(↑以上は修学生が記入)

(↓以下は従事先施設が記入・証明)

法人名及び 施設・事業所名称	社会福祉法人ことぶき会 特別養護老人ホーム 文京ことぶき園									
	介護保険の事業所番号または障害福祉サービスの事業所番号（認定コード） ※事業所番号がない場合は空欄									
所在地	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
	〒222-2222 東京都文京区ことぶき99-99 Tel 03 - 2222 - 0222									
施設・事業所種別	介護老人福祉施設									
業 務 内 容	介護業務・相談業務・その他（ ）									
職 種	介護職員等			雇 用 形 態			常勤・非常勤			
従 事 期 間	20●●年 4月 1日 から 年 月 日まで / 現在まで									
	非常勤の場合のみ 上記期間中の従事日数（ 202 ）日 ※非常勤で勤務した場合は、必ず「従事日数内訳書」もあわせてご記入ください。 ※同一期間内に複数の事業所で勤務した場合は、各事業所の「返還免除対象業務従事届」及び「従事日数内訳書」の2点をご提出ください。									
休 職 期 間	年 月 日 から 年 月 日まで ※2									

※1 この様式で証明を得ることが難しい場合は、従事先が発行する勤務証明書に代えることができます。

※2 休職期間がある場合は、その事実を証明する書類を添付してください。

返 還 免 除 対 象 業 務 従 事 証 明 書

上記のとおりであることを証明します。

● 年 ● 月 ● 日

東京都社会福祉協議会会長 様

従事先名称 特別養護老人ホーム 文京ことぶき園  
管理者職名 施設長  
氏 名 介護 三郎



※法人名と施設名どちらの証明でも構いません（押印は必須）。

※派遣の場合、派遣元と派遣先どちらの証明でも構いません。