

<離職介護人材再就職準備金>

業 務 廃 止 届

西暦) 年 月 日

東京都社会福祉協議会会長 様

貸付番号

住所 〒 -

氏名

印

TEL - -

下記のとおり介護職員等の業務に従事しなくなったので届け出ます。

最終従事先	施設名称	
	所在地	〒 - TEL - -
	職種	
業務廃止年月日		西暦) 年 月 日
業務廃止理由		