

記入例13 常勤職員として、返還免除対象業務に継続して従事しているとき

(介護福祉士等修学資金)

返還免除対象業務従事届

(西暦) ○○○○年 ○月 ○日

東京都社会福祉協議会会長 様

介護福祉士又は社会福祉士登録証の「登録番号」と「登録年月日」を記入してください。

点線より下の部分は、従事先の方に記入を依頼してください。

修学生番号	K25001
住所	〒123-4567 東京都千代田区飯田橋 3-10-3
氏名	東京 太郎
Tel	03-1234-5678
介護福祉士・社会福祉士登録番号	第△△△-△△△△
登録日	令和○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)

名称	施設名：文京ことぶき園 (法人名：社会福祉法人ことぶき会)	
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）	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	
施設所在地	〒222-0000 東京都文京区小日向 4-1 Tel 03-2222-2222	
施設等種別	特別養護老人ホーム	職種 介護職
業務内容	介護業務 ・ 相談業務 ・ その他 () *いずれかに○を付けてください。	
雇用形態	常勤 ・ 非常勤 *どちらかに○を付けてください。	
従事期間	(西暦) ○○○○年 ○月 ○日 から ____年 ____月 ____日 まで / 現在まで *非常勤の場合 →別紙「従事日数内訳書」(非常勤は添付必須)による従事日数 ____日 *上記期間に休職期間が含まれる場合 →休職期間：(西暦) ____年 ____月 ____日から ____年 ____月 ____日まで	

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

資格登録後に返還免除対象業務に従事を開始した月から1年毎に証明が必要となります。

従事先名 文京ことぶき園
管理者職名 施設長
氏名 介護 三郎

社判を押印してください。

社判

文京
ことぶき園

※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。