

再就職準備金利用者届出書

社会福祉法人 秋田県社会福祉協議会長 あて

届出年月日	(西暦) 年 月 日
フリガナ	
氏名	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	(西暦) 年 月 日
住所等	〒 電話 — — 携帯 — — e-mail
介護職としての 勤務経験年数(通算)	年
就業に関する状況	<input type="checkbox"/> 就業していない <input type="checkbox"/> 就業中 (介護分野) <input type="checkbox"/> 就業中 (介護分野以外)
復職の意向	<input type="checkbox"/> すぐに <input type="checkbox"/> いずれ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未定
※介護福祉士の場合	登録番号 登録年月日 (西暦) 年 月 日
※介護福祉士以外の場合	<input type="checkbox"/> ホームヘルパー 1 級研修 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー 2 級研修 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー 3 級研修 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 実務者研修