

業務従事開始届

年 月 日

社会福祉法人大阪府母子寡婦福祉連合会理事長 様

住 所	〒 ー	
	電話番号 (ー ー)	
フリガナ		生 年 月 日
氏 名	㊟	年 月 日生 (歳)

下記のとおり社会福祉法人大阪府母子寡婦福祉連合会ひとり親家庭高等職業訓練促進資金貸付要綱第9条第1号に規定する業務に従事したので届け出ます。

記

業 務 従 事 先	所在地及び 電 話 番 号	〒 ー 電話 ()
	施設名又は 所属団体名	
	雇 用 形 態	・フルタイム【正社員 嘱託 派遣 その他 ()】 ・パートタイム
	職 種	
	就 職 経 路	・ハローワーク (HW) ・求人チラシ ・雑誌 ・インターネット () ・民間紹介会社 () ・その他 ()
業務従事期間	年 月 日 から	

上記のとおり従事していることを証明いたします。

年 月 日

業務従事先施設等の名称

代表者 職・氏名

