

業 務 廃 止 届

年 月 日

横浜市社会福祉協議会会長

借受人番号

住 所 〒

氏 名

電 話 番 号

下記のとおり取得した資格が必要な業務に従事しなくなったので届け出ます。

【最終従事先】

| | |
|---------------|-------|
| 法人名及び施設・事業所名称 | |
| 所在地 | 〒 TEL |
| 職 種 | |
| 業務廃止年月日 | 年 月 日 |
| 業務廃止理由 | |