

業 務 廃 止 届

令和 ● 年 ● 月 ● 日

横浜市社会福祉協議会会長

借受人番号 00 KN 000

住 所 〒123-△△△△  
神奈川県横浜市中区〇〇町△-△

氏 名 桜木 花子

電話番号 090-2222-△△△△

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	医療法人桜〇会 野〇山病院
所在地	〒999-△△△△ TEL 045-999-△△△△ 横浜市神奈川区〇〇町△-△
職 種	看護師
業務廃止年月日	令和 ● 年 ● 月 ● 日
業務廃止理由	親の介護を行うため、横浜市外（北海道）へ転居する