

雇用契約終了報告書

【受入れ施設】

受入れ施設名称(施設種別) _____ (_____)

受入れ施設住所 _____

受入れ施設代表者職氏名 _____

担当者職氏名(連絡先電話番号) _____ (_____)

【受け入れている看護師候補者／介護福祉士候補者／看護師／介護福祉士】

氏名 (アルファベット氏名)	(_____)	雇用契約を終了させる日	_____年 _____月 _____日
国籍	_____	雇用契約終了の理由	_____
性別	男 女		_____
生年月日	西暦 _____年 _____月 _____日		_____
受入れ者番号	_____		_____
外国人登録番号	第 _____ 号		_____
就労開始年月日	西暦 _____年 _____月 _____日		_____
雇用契約終了後の看護師等の状況 帰国・転職・その他 _____ (転職の場合には転職先の名称・住所)			

社団法人国際厚生事業団 殿

受入れ機関名称

当機関受入れの上記の者との雇用契約を終了させますので

受入れ機関住所

報告いたします。

代表者職氏名

年 月 日

連絡先電話番号

担当者職氏名

(受付番号 _____)

履修許可取消し報告書

【受入れ施設】

受入れ施設名称 _____

受入れ施設住所 _____

受入れ施設代表者職氏名 _____

担当者職氏名(連絡先電話番号) _____ (_____)

【受け入れている介護福祉士候補者】

氏名 (アルファベット氏名)	(_____)	履修の許可を取消す日	年 月 日
国籍		履修の許可を取消す理由	
性別	男 女		
生年月日	西暦 年 月 日		
受入れ者番号			
外国人登録番号	第 _____ 号		
就学開始年月日	西暦 年 月 日	履修許可取消し後の候補者の状況	

社団法人国際厚生事業団 殿

当機関受入れの上記の者の介護福祉士養成課程履修の許可を

取消しますので報告いたします。

年 月 日

受入れ機関名称

受入れ機関住所

代表者職氏名

連絡先電話番号

担当者職氏名

(受付番号)