

※太枠内は記入しないこと。

貸付決定番号	第	号
--------	---	---

介護福祉士実務者研修受講資金貸付申請書

年 月 日

山口県社会福祉協議会長 様

〒
住所

申請者 ふりがな 氏名 印

(生年月日 年 月 日)

電話
携帯

下記のとおり介護福祉士実務者研修受講資金の貸付けを受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

1 貸付申請額 金 円 (※200,000円以内)

2 特記事項

介護福祉士 実務者 養成施設	名称		
	所在地	〒	
	在学予定	入学 年 月 日～	卒業予定 年 月まで
国家試験受験予定年月		年 月 (卒業後1年以内に受験をすること。)	
実務経験年数 (年 ヶ月)	勤務期間		事業所・施設名
	現在の勤務 年 月～ (現在)		
	過去の勤務 年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		
注) 国家試験実施年の3月31日までに、通算して3年以上の実務経験年数となること			
年 月～ 年 月			

裏面へ続く

申 立 書

私は、社会福祉法人山口県社会福祉協議会介護福祉士修学資金等貸与実施要綱を遵守し、介護福祉士の資格を取得するため介護福祉士実務者養成施設に入学後は学業に専念し、介護福祉士となるため必要な知識及び技能を修得した上は、養成施設卒業後1年以内に介護福祉士国家試験を受験いたします。

また、介護福祉士の資格を取得後は、実施要綱に定める修学資金等の返還免除対象業務に返還免除対象期間引き続いて従事いたします。

氏名

印

(※申請者が未成年の場合は、親権者又は後見人が署名押印してください。同意書に記入できない事情がある場合は本会までご相談ください。)

同 意 書

申請者が介護福祉士実務者研修受資金の貸付を申請することについて同意します。

年 月 日

(親権者又は後見人)

住所

氏名

印

申請者との関係

年 月 日

(親権者又は後見人)

住所

氏名

印

申請者との関係