

推 薦 書

平成 年 月 日

鹿児島県社会福祉協議会会長 殿

(業務従事先の施設) 〒
所在地

名 称

施設長の職氏名

㊟

次の者は、介護福祉士実務者研修受講資金の貸付を受ける者として適当であると認めるので、所見を付して推薦します。

資金の種別		・介護福祉士実務者研修受講資金			
ふりがな 氏名	(男・女)	生年月日	昭和 平成	年	月 日
実務者 養成施 設名等		入 学		年	月 日
		卒業予定		年	月 日
就業先	所在地及び	(〒)			
	電話番号	(電話：)			
	施設名又は 所属団体名				
	介護職員処遇 改善加算	<input type="checkbox"/> あり (導入時期： 年 月) <input type="checkbox"/> なし (該当にレを入れてください)			
	職種・業務				
業務従 事期間	平成 年 月 日 から ※ 平成 年 月 日 まで (年 月)				
○人物、資格取得の意欲、国家試験受験の見込等についての所見					

(注) 業務従事期間の欄中、現在も勤務中の場合は、「現在も勤務中」と記載してください。