

介護資格取得研修受講申立書

令和 年 月 日

鹿児島県社会福祉協議会会長 様

(〒.....)

借受人:住所:.....

氏名:..... ㊟

(携帯電話) - -

私は、介護職員等の業務に必要である資格を得るための研修を受講するに当たり、
下記のとおり受講することを申し立てます。

太枠の中は記入しないこと

貸付金名		介護分野就職支援金	貸付番号	第 号
就業先	名称			
	職種・業務			
	所在地	〒 (電話:)		
受講予定研修名				
研修実施機関名				
研修実施機関の所在地				
研修受講期間		研修開始 令和 年 月 日 研修修了 令和 年 月 日		
備考				

- ※ 1 研修は、就労後3ヶ月以内に受講すること。
- 2 介護職員初任者研修以上の研修を受講し修了すること。

(提出先) 〒890-8517 鹿児島市鴨池新町1-7 (県社会福祉センター内)
 鹿児島県社会福祉協議会 生活支援部
 (電話) 099-214-3701 (FAX) 099-214-3812