

実務者研修施設の長の推薦書
(介護福祉士実務者研修受講資金)

推薦を受ける者の氏名		
在学する 実務者研修施設名	実務者研修 施設名	
	課程等	
受講(予定)期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
所見・推薦理由	※人物・成績等の所見について可能な範囲で記入願います。 ※卒業後に介護福祉士として県内で介護等業務に従事する意思を有していることを確認し、その旨を記入してください。	

上記の者は、介護福祉士等修学資金(介護福祉士実務者研修受講資金)の貸付けを受ける者として適当であると認められるので推薦します。

年 月 日

社会福祉法人新潟県社会福祉協議会長 様

実務者研修施設の所在地

実務者研修施設の名称

実務者研修施設の長の職名及び氏名

㊟