

# 卒業・修了届

年 月 日

社会福祉法人 新潟県社会福祉協議会会長 様

届 出 人	氏名				印
	住所	〒			
	自宅電話		携帯番号		
	借受人との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 連帯保証人 <input type="checkbox"/> その他（具体的な関係： ）			
資金種類	入学準備金		就職準備金		
貸付番号					

借受人は、下記のとおり養成機関を卒業・修了しましたので届出いたします。

借受人氏名				
養成機関名称				
卒業・修了年月日	年	月	日	
取得資格名			<input type="checkbox"/> 取得した <input type="checkbox"/> 未取得（ 年 月の資格試験を受験予定）	
卒業・修了後の予定	<input type="checkbox"/> 他種の養成施設に修学が決まっている		<input type="checkbox"/> 返還猶予申請する	
	<input type="checkbox"/> 取得した資格が必要な業務への採用・従事が決まっている			
	<input type="checkbox"/> 資格取得試験に不合格により次年度の試験を受験する			
	<input type="checkbox"/> 取得した資格が必要な業務に従事できず求職活動をする			
	<input type="checkbox"/> 取得した資格が必要な業務に従事しない		<input type="checkbox"/> 返還計画申請する	

※該当する□の内に☑を付けてください

## 養成機関の証明

年 月 日

上記のとおり相違ないことを証明します。

養成機関の名称					
所在地					
養成機関の長の 職名及び氏名					印