

介護福祉士実務者研修受講資金 推薦書

平成 年 月 日

岡山県社会福祉協議会会長 様

介護施設・事業所の 所在地	
電話番号	
名 称	
代表者役職・氏名	㊟

下記の者は、介護福祉士実務者研修受講資金の貸与を受ける者として適当であると認められるので、推薦いたします。

実務者研修施設名	
氏 名	
申請者の職位	
介護等の業務の 従事年数	年
推薦理由	※人物・就業状況等の所見に加え、卒後、介護福祉士資格を取得し、 <u>本県内で介護福祉士として業務に従事する意思を有していることを確認し、その旨記入してください。</u>