

介護福祉士修学資金等貸付金 現況報告書

年 月 日

社会福祉法人青森県社会福祉協議会会長 殿

貸付番号			
現住所	〒 ー		
		自宅電話 ()	
		携帯電話 ()	
フリガナ		生年月日	
氏名		年 月 日	

養成施設卒業後の状況について、返還免除対象業務に従事する意思があるので青森県介護福祉士修学資金等貸付事業実施要綱等の規定により、次のとおり報告します。

卒業養成施設名		卒業年月日	年 月 日	
資格登録年月日	年 月 日			
返還猶予を 求める期間	年 月 から 年 月 まで(年 か月)			
申請理由	※該当する番号に○をつけてください。 1. 資格登録したが、現在は就職活動中であり、養成施設を卒業した日から1年以内に返還免除対象業務に従事予定である 2. 資格登録したが、返還免除対象業務以外の職種に採用された。しかし、養成施設を卒業した日から2年以内に返還免除対象業務に従事予定である			
具体的な内容	1. を選択		希望就職先(施設の種別等)	
		第一希望		
		第二希望		
※上記で選択した 番号に応じた箇所 を記入してください	2. を選択	勤務先等	(名称)	
			(所在地)	
			電話番号 ()	
			(職種)	雇用形態 常勤 ・ 非常勤

※申請内容により、証明書の提出を求められることがあります。