

介護福祉士実務者研修受講資金 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	(印)	年	月 日

実務者研修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の規定により、次のとおり報告します。

卒業した実務者 研修施設の名称			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、実務者研修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、実務者研修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 ※上記で選択した 番号に応じた箇所 を記入してください	1. を選択	希望就職先(施設の種別等)					
		第一希望					
	第二希望						
	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		

※2. を選択した場合、採用通知や雇用契約書等の勤務先、勤務期間等が分かる書類を添付してください