

介護福祉士実務者研修受講資金 推薦状

年 月 日

社会福祉法人青森県社会福祉協議会会長 殿

実務者研修施設等所在地 〒 -

電話 ()

名称

代表者の
職名及び氏名

印

担当部署 電話番号	電話番号 ()		
担当者役職	担当者氏名	(フリガナ)	

下記の者は、介護福祉士実務者研修受講資金の貸付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。

課程、コース			
在学期間	年 月 日～	年 月 日(か月)	通信・通学
氏名	(フリガナ)		
所見・推薦理由	※人物・成績等の所見に加え、卒業後、介護福祉士として青森県内で介護・福祉の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。		