

推 薦 調 書

年 月 日

群馬県社会福祉協議会会長 あて

法人／施設・事業所の所在地

電話 （ ）

法人／施設・事業所の名称

代表者／管理者の長

印

下記の者は、介護福祉士修学資金の貸し付け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。

貸 付 区 分	介護福祉士実務者研修受講資金
養 成 施 設 名	
学 科 ・ 課 程 名	
氏 名	
推 薦 理 由	※人物・勤務成績・家計の状況・卒業後、介護福祉士資格を取得し、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等に加え、貴施設・事業所における推薦者に対する介護福祉士資格取得に向けた支援等が確認できる内容を記入してください。
※推薦理由は別紙に記入していただいて結構です。	