

介護福祉士実務者研修受講資金
推 薦 状

記入日 年 月 日

山形県社会福祉協議会長 殿

業務従事施設の所在地

電話 ()

業務従事施設の名称

業務従事施設の長の
職及び氏名

公印

下記の者は、介護福祉士実務者研修受講資金の貸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。

氏 名	
業務従事開始日 〈西暦〉	年 月 日から
推薦理由 所 見 等 (人物・成績等)	

業務従事施設担当者

担当者氏名	
連絡先	TEL ()
	FAX ()