

介護福祉士実務者研修受講資金 介護施設・事業所の長の推薦書

令和 年 月 日

石川県社会福祉協議会理事長 様

介護施設・事業所の
所在地

〒 —

電話番号

名称

代表者役職・氏名

㊞

下記の者は、介護福祉士実務者研修受講資金の貸与を受ける者として適当であると認めるので、推薦いたします。

氏名	
申請者の職位	
受講する 実務者研修施設名	
介護等の業務の 従事年数	年 月
推薦理由	