

介護福祉士修学資金 推薦書

年 月 日

石川県社会福祉協議会理事長 様

介護福祉士養成施設の  
所在地

電話番号

名 称

代表者役職・氏名

印

下記の者は、介護福祉士修学資金の貸与を受ける者として適当であるので、推薦いたします。

課程名	
学 年	
氏 名	
推薦理由	
推薦順位	位／人中