

様式2

利 用 計 画 書

年 月 日

社会福祉法人愛知県社会福祉協議会会長 殿

フリガナ		性 別		
氏 名		男・女	生年月日	年 月 日
住 所	〒 日中の連絡先(自宅・携帯) 自宅： メールアドレス 携帯： メール：			
保有資格等 ※該当する()に ○を付けてくださ い。 ※受講見込みを含 む。	() 介護福祉士	() 介護職員基礎研修		
	() 介護福祉士実務者研修	() 訪問介護員 (ホームヘルパー) 1級		
	() 介護職員初任者研修	() 訪問介護員 (ホームヘルパー) 2級		
介護職として の実務経験	有 (年 ヶ月) ・ 無			
借入希望 金 額	金 円			
借入の目的 ※該当する()に○ を付けてください。 (複数可)	() 子どもの預け先を探す際の活動費 () 介護にかかる軽微な情報収集や学び直しのための講習会参加経費、国家試験の受験手数料又は参考図書等の購入費 () 靴や訪問介護員等として利用者の居宅を訪問する際に必要となる道具又は当該道具を入れる鞆等の被服費 () 敷金、礼金又は転居費など転居を伴う場合に必要となる費用 () 通勤用の自転車又はバイクの購入費 () 通勤用の靴、防寒着、避暑着、帽子等の被服費 () その他 (※具体的に記入のこと。)			
就職(予定) 年 月 日	年 月 日 ※内定・決定証明書(様式4)を添付してください。			
就職先事業所名				
直近の 退職年月日	年 月 日			
前 職 名 (業務内容)				
就職支援を 受けた機関	・ハローワーク ・福祉人材センター ・その他 ()			○を付けて ください。

様式2

利 用 計 画 書

令和 ○年 ○月 ○日

社会福祉法人愛知県社会福祉協議会会長 殿

フリガナ	アイチ フクシ	性別		生年月日	平成○○年 ○月 ○日
氏名	愛知福祉	男・女			
住所	〒 123-4567 名古屋市○区○○1丁目2番地 ○○○マンション102号 日中の連絡先(自宅・携帯) 自宅: 052-111-2222 携帯: 090-1111-2222 メールアドレス メール:				
保有資格等 ※該当する()に○を付けてください。 ※受講見込みを含む。	<input type="checkbox"/> 介護福祉士		<input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修		
	<input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修		<input type="checkbox"/> 訪問介護員(ホームヘルパー)1級		
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護職員初任者研修		<input type="checkbox"/> 訪問介護員(ホームヘルパー)2級		
介護職としての実務経験	有 (年 ヶ月)		・ <input checked="" type="checkbox"/> 無		
借入希望金額	金 200,000 円				
借入の目的 ※該当する()に○を付けてください。 (複数可)	<input type="checkbox"/> 子どもの預け先を探す際の活動費 <input checked="" type="checkbox"/> 介護にかかる軽微な情報収集や学び直しのための講習会参加経費、国家試験の受験手数料又は参考図書等の購入費 <input type="checkbox"/> 靴や訪問介護員等として利用者の居宅を訪問する際に必要となる道具又は当該道具を入れる靴等の被服費 <input type="checkbox"/> 敷金、礼金又は転居費など転居を伴う場合に必要となる費用 <input type="checkbox"/> 通勤用の自転車又はバイクの購入費 <input checked="" type="checkbox"/> 通勤用の靴、防寒着、避暑着、帽子等の被服費 <input type="checkbox"/> その他(※具体的に記入のこと。)				
就職(予定)年月日	令和 ○年 ○月 ○日 ※内定・決定証明書(様式4)を添付してください。				
就職先事業所名	社会福祉法人○○会 特別養護老人ホーム○○苑				
直近の退職年月日	令和 ○年 ○月 ○日				
前職名(業務内容)	○○商事株式会社において事務用品の営業職				
就職支援を受けた機関	・ハローワーク <input checked="" type="checkbox"/> 福祉人材センター ・その他() ○を付けてください。				