

様式5

研 修 受 講 確 約 書

年 月 日

社会福祉法人愛知県社会福祉協議会会長 殿

社会福祉法人愛知県社会福祉協議会障害福祉分野就職支援金貸付事業実施要綱第3（1）に規定する研修について受講することを確約します。

また、下記記載の研修終了日（予定）後1カ月経過した日までに、研修修了証（写）を提出することについても確約します。

貸付番号	
	(記入しないでください。)
フリガナ	
氏 名	印 年 月 日生
住 所	〒
電 話 番 号	自 宅 携 帯
受講予定 研 修	受講研修名
	研修実施機関名
	電話番号
研修修了日 (予定)	年 月 日

様式5

研 修 受 講 確 約 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

社会福祉法人愛知県社会福祉協議会障害福祉分野就職支援金貸付事業実施要綱第3（1）に規定する研修について受講することを確約します。

また、下記記載の研修終了日（予定）後1カ月経過した日までに、研修修了証（写）を提出することについても確約します。

貸付番号		
フリガナ	アイチ フクシ	
氏名	愛知 福祉 (印) 平成○○年 ○ 月 ○ 日生	
住所	〒123-4567 名古屋市○区○○1丁目2番地 ○○マンション102号	
電話番号	自宅 052-111-2222 携帯 090-1111-2222	
受講予定 研 修	受講研修名	介護職員初任者研修
	研修実施機関名	株式会社 ○○○○ 電話番号 052-222-3333
	研修修了日 (予定)	令和 ○年 ○ 月 ○ 日

研修終了後、1カ月以内に
研修修了書の写しを提出し
てください。