

推 薦 状

年 月 日

社会福祉法人

愛知県社会福祉協議会 会 長 殿

事業所の所在地

電話 ()

事業所の名称

事業所の代表者

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ますので推薦します。

なお、実務経験が3年未満であるため、下記の時期に介護福祉士国家試験を受験します。

種 別	介護福祉士実務者研修
研修施設名	
研修期間	年 月 日 ～ 年 月 日 (ヶ月)
介護福祉士国家試験 受験予定時期	年 月
フリガナ	
氏 名	
所 見 (人物・成績等)	
推薦理由	

推 薦 状

2000年 〇月 〇日

社会福祉法人
愛知県社会福祉協議会 会長 殿

事業所の所在地〒〇〇〇 - 〇〇〇〇
愛知県〇〇市〇〇区〇〇 〇丁目〇〇 - 〇〇
電話 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇

事業所の名称 〇〇 特別養護老人ホーム

事業所の代表者

代表取締役 (又は施設長) 〇〇〇 〇〇 印 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ますので推薦します。

なお、実務経験が3年未満であるため、下記の時期に介護福祉士国家試験を受験します。

種 別	実務者研修
研修施設名	〇〇ヘルパースクール
研修期間	2000年 〇月 〇日 ~ 2000年 〇月 〇日 (〇 ヶ月)
介護福祉士国家試験 受験予定時期	年 月
フリガナ	アイチ フクシ
氏 名	愛知 福祉
所 見 (人物・成績等)	受講生の方について事業所で記入ください。
推薦理由	受講生の方を推薦する理由を事業所で記入ください。