

推薦書

年 月 日

社会福祉法人 福井県社会福祉協議会会長 様

業務従事施設の所在地
〒 -

TEL () -

業務従事施設の名称

業務従事施設の長の職および氏名

㊞

次の者は、介護福祉士等実務者研修受講資金の貸付を受ける者として適当であると認められるので推薦します。

氏名	
業務従事期間	年 月 日 ~ 年 月 日
業務の種類	
所見 (人物・成績等)	
推薦理由	

業務従事施設担当者

担当者氏名		連絡先	TEL () FAX ()
業務従事施設の法人名			
法人の常時雇用している従業員数(県内)	人		