

介護福祉士実務者研修受講資金貸付申請書

貸付申請人	フリガナ			生年月日	(西暦) 年 月 日生 (歳)			
	氏名							
	郵便番号	フリガナ						
		住所						
電話番号(自宅)				電話番号(携帯)				
貸付申請者の履歴	学歴			職歴				
	年 月 高校卒			年 月 ~ 年 月				
	年 月			年 月 ~ 年 月				
実務者研修施設名			コース 科	養成区分		昼間・夜間・通信		
	修学期間		年 月 ~ 年 月					
貸付希望金額	円							
	借入内訳	授業料		円	円			
		実習費・教材費等の納付金		円	円			
				円	円			
他の資金等の申請有無	有・無	(ある場合) 資金名 <input checked="" type="checkbox"/> チェック		<input type="checkbox"/> 生活福祉資金	<input type="checkbox"/> 母子父子寡婦福祉資金			
				<input type="checkbox"/> その他()				
卒業後の就職希望先								
生計を一にする世帯状況		氏名	続柄	職業	健康状態	生年月日	年齢	勤務先・学校名
	1	(申請者)				年 月 日		
	2					年 月 日		
	3					年 月 日		
	4					年 月 日		
	5					年 月 日		
	6					年 月 日		
	7					年 月 日		
	8					年 月 日		

同意事項(裏面記載)に同意のうえ、上記のとおり実務者研修受講資金の貸付を受けたく申請します。

年 月 日 貸付申請者
(本人自筆)



連帯保証人	フリガナ 氏名			生年月日	年	月	日生(歳)(西暦)
	住所	〒 -		申請者との 関係		世帯員数	
				電話番号	自宅 携帯		
	職業		勤務先名称	Tel () -			
	前年度年収 (住民税納税額)	(万円 円)	勤務先住所	〒 -			

当該申請に基づき実務者研修受講資金の貸付が承認された場合、連帯保証人となることを承諾いたします。

年 月 日 連帯保証人

(本人自筆)



社会福祉法人 福井県社会福祉協議会会長 様

■申請に当たっての留意ならびに同意事項

<ol style="list-style-type: none"> 1. 申請者は、この貸付申請書の記載事項が真実かつ正確であることを保証します。 2. 申請者は、本資金の関係法令および要綱等に従います。 3. 申請者は、貸付申請書の記載事項および添付書類の真実確認を行うことに同意します。 4. 申請者は、貸付が決定した後、申請者の状況に変化があった場合は、すぐに福井県社会福祉協議会に届け出します。 5. 申請者は、在学、就労、資格合否等、必要な情報を把握するため、福井県社会福祉協議会が申請者に報告を求めることに同意します。

■申請書に添付する書類

<ol style="list-style-type: none"> 1. 貸付申請時に県内で介護等の業務に従事している事業所の長の推薦書(様式第2号) 2. 介護福祉士実務者研修受講資金貸付における個人情報の取扱同意書(様式第3号) 3. 世帯全員の記載のある住民票 4. 実務者研修施設での受講を証明する書類 5. 業務従事証明書
--