

# 推薦書

令和 年 月 日

社会福祉法人静岡県社会福祉協議会会長 様

養成施設の名称

及び所在地 静岡県浜松市中央区三方原町3453

養成施設の長 (氏名)

㊟

電話番号 053-436-1125

下記の者は、介護福祉士修学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いたします。

申請者氏名		学 年	
<b>&lt;推薦理由&gt;</b> ※下記の項目で該当するものに○を記入してください。			
◎介護福祉士資格取得に向けて熱意を有している			
◎卒業（資格取得）後、県内で5年以上指定施設にて介護等業務に従事する意思を有している			
◎その他特記事項 ※特に記載すべき事項がある場合のみ			