

介護福祉士実務者研修受講資金 返還免除申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人熊本県社会福祉協議会 会長 様

借受人：住 所
(自署によること) 氏 名
電話番号 (- -)

下記のとおり、介護福祉士実務者研修受講資金の返還免除を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

貸付番号			
貸付金額	円		
返還済額	円		
免除申請額	円		
養成施設名		卒業年月日	. .
登録証	介護福祉士		
	番 号		登録年月日 . .
申請理由	1 返還免除対象業務に (年 月) 従事したため 2 その他 { }		

関係書類 1 業務従事期間証明書 (実一第20号様式)
2 死亡又は心身の障害による返還の免除の申請にあつては、その事実を証明する書類

(注) 1 申請理由については該当する番号を○で囲み、() 内を記入すること
2 借受人の住所・氏名欄は自署すること。