

※実務者研修施設へ推薦を依頼してください。
業務従事先が推薦する書類ではありません。

推 薦 状

年 月 日

社会福祉法人大阪府社会福祉協議会 会長様

研修施設の所在地 〒 _____

電話番号 _____

研修施設名 _____

代表者氏名 _____ 社判

下記の者は、当研修施設修了後、介護福祉士として大阪府内で引き続き2年以上、返還免除対象業務に従事する意思を有しており、介護福祉士実務者研修受講資金貸付を受ける者として適当であると認められ推薦いたします。

受講研修名	
受講期間	※受講者の保有資格に基づく免除科目を反映した受講期間としてください。 年 月 日受講開始 ~ 年 月 日修了予定
氏 名	
推薦理由	※「従事する意思の高さ」や「レポートが優秀」等、具体的な推薦理由を記載してください。

