

実務者研修受講に係る誓約書

長崎県社会福祉協議会長 様

【実務者研修受講予定内容】

実務者研修施設 名称	
研修コース	<input type="checkbox"/> 無資格、 <input type="checkbox"/> ヘルパー2級、初任者研修、 <input type="checkbox"/> ヘルパー1級、基礎研修
研修実施場所	市・町 ※ 市町村単位で記入（例：長崎市、西彼杵郡長与町、東彼杵郡波佐見町など）
研修受講料	円
受講証明書または受 講カードの提出期限	申請日から1か月以内

長崎県介護福祉士実務者研修受講資金の申請にあたり、上記の通り研修申し込みを完了し、期限までに研修施設の受講証明書または受講カードを提出します。提出できない場合は、借入金の全額を一括で返還します。

令和 年 月 日

貸付申請者
(本人自筆)

㊞