

返還免除申請書 (実務者研修受講資金)

長崎県社会福祉協議会会長 様

貸付番号			
住所等	〒 _____		
	携帯電話	()	自宅電話 ()
氏名			生年月日 昭和・平成 年 月 日生
介護福祉士登録年月日	平成・令和 年 月 日		
勤務先法人名			
勤務先事業所名			

借入日	平成・令和 年 月 日	借用総額	円
		返還済額	円
		返還免除申請額	円
申請理由 <small>該当番号を○で 囲んで下さい。</small>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 介護福祉士試験受験資格 (研修施設卒業かつ実務経験 3 年) 取得年度の翌々年度内に介護福祉士の登録をし、その後長崎県内で 2 年間継続して介護等業務に従事したため。 2. 業務上の事由により死亡し、又は業務に起因する心身の故障のため介護等業務に継続して従事することができなくなったため。 3. その他 (下記記載理由) 		
備考			

注) 申請理由により次の書類を添付してください。
 理由 1 の場合、業務従事従事届 (第 20 号)
 理由 2、3 の場合、その事実を証明する書類

上記のとおり長崎県介護福祉士実務者研修受講資金の返還金の支払免除を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

氏名
(本人自筆)

(印)