

返還計画書

令和 年 月 日

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	⑩	生年月日	昭和・平成 年 月 日生

次のとおり長崎県介護福祉士実務者研修受講資金の返還計画書を提出します。

返還すべき額	円		
最終期限	令和 年 月まで		
返還方法 <small>該当番号を○で囲んで下さい。 分割の場合、右欄に内容を記入して下さい。</small>	一括 ・ 分割	初回 令和 年 月に 円返還 令和 年 月から令和 年 月まで毎月 円返還 最終期限に 円返還し完済する。	
返還理由 <small>該当番号を○で囲んで下さい。</small>	1. 貸付契約の解除 2. 返還免除対象業務を離職または対象外の業務に転職 3. 長崎県外に就職 4. 介護福祉士の未登録（修学資金・実務者受講資金のみ対象） 5. その他（詳しく _____）		
就職先	(名称) (住所) 〒 _____ (職種)	電話 () (就職日) 年 月 日	

【連帯保証人が2名の場合使用】

[連帯保証人]

住所等 〒 _____

携帯電話 ()

自宅電話 ()

氏名 ⑩

[連帯保証人]

住所等 〒 _____

携帯電話 ()

自宅電話 ()

氏名 ⑩

私は、借受人に上記のとおり履行させるとともに、万一借受人が履行しない場合は、その債務を連帯して負担いたします。