

## 推 薦 書

令和 年 月 日

長崎県社会福祉協議会会長 様

【推薦者】

法人名		(連絡担当者名)
施設・事業所名		
施設等の長の職及び氏名	(公印)	
介護保険事業所番号		介護保険対象外の障害者支援施設や病院(除く老健)等の場合、番号、コード記入不要。種別に障害者支援施設等業態を記入。
介護保険でのサービスコード・種別(略称でも可)	(訪問介護、通所介護、グループホーム等)	
住所等	〒 _____ 電話 ( ) _____	

下記の者は長崎県介護福祉士実務者研修受講資金の貸付けを受ける者として適当であると認められるので、推薦いたします。

【被推薦者(申請者)】

氏名			
職種	<input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護職員以外 ( ) <small>※ 兼務の場合、主として(概ね8割以上)従事している職種を記入ください。</small>		
雇用形態	年間の介護従事日数が180日	<input type="checkbox"/> 以上	<input type="checkbox"/> 未満
採用年月日	平成・令和 年 月 日		
国家試験受験予定時期 <small>(国家試験受験要件を充足したその年度に受験しなければなりません)</small>		令和	年 1 月
令和5年3月末時点での国家試験受験要件での実務経験年数見込み <small>(現勤務先のみならず過去の勤務先も含む。3年以上の場合は、3年0か月と記入)</small>		年	か月
推薦理由			現時点での令和4年度での法人内推薦予定人数(累積)  人

※ 記載例を参照して、記載して下さい。  
 ※ □の選択項目は、該当項目をチェック☑して下さい。