

推薦書

令和 8 年 6 月 21 日

長崎県社会福祉協議会会長 様

事業所の捺印(公印)を押印下さい。

【推薦者】

法人名	社会福祉法人 茂里会	(連絡担当者名)
施設・事業所名	ヘルパーステーション茂里町	福祉太郎
施設等の長の職及び氏名	施設長 茂里太郎	茂里町 施設長 公印
介護保険等のサービス種別(略称でも可)	訪問介護	(訪問介護、通所介護、グループホーム等)
住所等	〒852-8999 長崎市茂里町99-99	電話 095(999) 8888

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。なお、貸付決定後は、国家試験受験、資格登録、返還免除対象業務継続のフォローをいたします。

【被推薦者(申請者)】 申請書の内容を照合、確認して、記入して下さい。

氏名	山里 花子	
職種	<input checked="" type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護職員以外 () ※ 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。	
雇用形態	年間の介護等従事日数が180日	<input checked="" type="checkbox"/> 以上 <input type="checkbox"/> 未満
採用年月日	平成 令和 6 年 4 月 1 日	
国家試験受験予定時期 (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)		令和 9 年 1 月
本申請年度末時点での国家試験受験要件での実務経験年数見込み (現勤務先のみならず過去の勤務先も含む。)		3 年 0 か月
推薦理由	<p>【記入例】</p> <p>日々介護の仕事に誠実に取り組み、利用者、所属長、同僚の信頼を得ています。また向上心も強く、各種の研修に積極的に参加しています。介護福祉士にステップアップすることで、より一層の業務での活躍を期待しています。</p>	

※ 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。

