（様式２）

**推　薦　書**

年　　月　　日

　社会福祉法人福島県社会福祉協議会長　様

養成施設の所在地

電話番号

　　　　　　　　　　　養成施設の名称

　　養成施設の長の職・氏名　　　　　　 　　　　㊞

　下記の者は、福島県介護福祉士修学資金等貸付実施要領の規定に基づき、介護福祉士修学資金等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。

|  |  |
| --- | --- |
| 種　別 | 介護福祉士　・　社会福祉士 |
| 入学年月日及び学年 | 年　　月　　日入学　　　　第　　　学年 |
| 養成施設の修学期間 |  |
| 申請者氏名 |  |
| 他の修学資金の貸付の有無（該当項目を☑してでください。） | □有　　□ 高等教育修学支援新制度  □ その他（　　　　 　　　　　　　　　 　　　）  □無 |
| 所　見  ※人物・学業成績等の所見に加え、卒業後、介護福祉士又は社会福祉士として、福島県内でその業務に従事する意思を有していることを確認し、その旨を記  入してください。  ※「学業成績」は、高校か  らの成績証明書等の写しを添付してください。  ※入学後、家庭の経済状況の変化等により、学費の支払いが困難になった場合はその理由を記入してください。 |  |
| 推薦順位 | 位／　　　　　人中　　※推薦人数に対して |