

介護分野就職支援金貸付申請書

表

年 月 日

社会福祉法人佐賀県社会福祉協議会会長 様

下記のとおり貸付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

なお、貸付を受けるにあたっては、介護分野就職支援金貸付規程等を遵守し、就職後は佐賀県内の介護保険事業所等において継続して介護職員として従事することを誓います。

申請者氏名

印

フリガナ	(姓)	(名)			
氏名			性別	男・女	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)				写真添付 (40mm×30mm) 3か月以内撮影 (単身胸から上) (年 月撮影)
本人住所	〒 ※常時連絡が取れること 自宅 () - 携帯電話 () -				
本人の履歴	昭和 平成	年 月	高校・大学	科	
借入希望金額	円 (200,000円以内)				
就職(内定)した勤務先 (※1)	名称				
	所在地				
	職種				
	勤務開始年月日	年 月 日			
直近の退職状況	名称				
	所在地				
	職種				
	退職年月日	年 月 日			
保有資格等 (※2)	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 実務者研修 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 旧介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> 旧ホームヘルパー1級 <input type="checkbox"/> 旧ホームヘルパー2級 <input type="checkbox"/> その他 []				
介護分野への 転職理由・ 意気込みなど					

(※1) 介護職員等として就労している又は内定していることを証明する書類(様式第12号)を添付

(※2) 研修修了書等の写しを添付

○私は当該申込みに基づき契約が締結された場合、連帯保証人となることを承諾いたします。

連 帯 保 証 人	フリガナ		性別	男・女
	氏名			
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)	本人との続柄	
	住所	〒 自宅 () — 携帯電話 () —		
	勤務先名称 ・自営業者は業種 及び店舗名を記入		年間所得	円
	勤務先住所	〒 電話 () —		勤務年数

○私は当該申込みに基づき契約が締結された場合、連帯保証人となることを承諾いたします。

連 帯 保 証 人	フリガナ		性別	男・女
	氏名			
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)	本人との続柄	
	住所	〒 自宅 () — 携帯電話 () —		
	勤務先名称 ・自営業者は業種 及び店舗名を記入		年間所得	円
	勤務先住所	〒 電話 () —		勤務年数

<備考>

- 借入申請者と連帯保証人それぞれの欄の氏名等は、必ず本人の直筆にて署名してください。
- 借入申請者が未成年者の場合、連帯保証人は法定代理人を設定ください。法定代理人が非課税又は均等割のみ世帯である場合には、連帯保証人は2名必要です。