

修学資金返還免除申請書

年 月 日

社会福祉法人 神奈川県社会福祉協議会 会長 殿

修 学 生 番 号	0								
住 所 及 び 連 絡 先	〒 - 電話 () / 携帯電話 () E-mail								
フ リ ガ ナ						生 年 月 日			
氏 名 (自 署)						年 月 日 (歳)			
修学生時の状況	養 成 校 名								
	卒 業 等 年 月 日		年 月 日 (卒 業 ・ 中 退)						
借 用 期 間	A (月 3 万) B (月 5 万) (AB のいずれかを○で囲む) 年 月 から 年 月 まで (年 箇月)					[加算] (○で囲む) 入学準備金 (20 万) 就職準備金 (20 万)			
	借用金額					円			

社会福祉法人 神奈川県社会福祉協議会「神奈川県介護福祉士及び社会福祉士修学資金貸付事業実施要綱」の規定により、次のとおり修学資金の返還免除を申請いたします。

返 還 猶 予 を 受 け た 期 間	年 月 日から 年 月 日まで (年 箇月)		返 還 免 除 申 請 額	
			円	
申 請 理 由	1 介護福祉士等の業務に従事 2 その他 ()			
理由発生年月日	年 月 日			
現 在 の 就 業 先 又 は 在 学 先	所 在 地	〒 -		
	名 称			
	電 話 番 号	()		
卒 業 後 の 状 況	期 間		就業先又は進学先	所在地
	年 月 年 月まで・現在	年 箇月		県 内 県 外
	年 月 年 月まで・現在	年 箇月		県 内 県 外