

介護福祉士修学資金返還免除届出書

年 月 日

社会福祉法人 滋賀県社会福祉協議会 会長 様

修学生番号

住 所

電 話 番 号

氏 名

滋賀県社会福祉協議会 介護福祉士修学資金等貸付事業実施要綱規定により、下記のとおり修学資金の返還債務の免除を受けたいので届出ます。

申請理由	1. 当該業務に5年以上従事したため 2. その他 ()	
貸付期間	年 月 ~ 年 月 (年 簡月)	
貸付金額 (A)	金 円	
返還済額 (B)	金 円	
返還免除申請額 (C)	金 円	
返還債務の残額 (A - B - C)	金 円	
介護等業務の 従事状況	従事期間	従事先
	年 月 日から	名称
	年 月 日まで	住所
	年 月 日から	名称
	年 月 日まで	住所
	年 月 日から	名称
	年 月 日まで	住所

※ 事実を証明する書類を添付すること。
※ 借受人は、借用書提出時に印鑑登録実印を押印した場合は、登録実印を押印すること。