

同意書

(福祉系高校修学資金・福祉系高校修学資金返還充当資金)

1 申請者および法定代理人（親権者等）は、介護福祉士修学資金等貸付事業実施要綱(財源：地域医療介護総合確保基金)を承諾のうえ、貸付申請します。

なお、貸付を受けることになった場合は、卒業した後、滋賀県内において介護福祉士として介護等の業務に従事することを誓います。

2 申請者および法定代理人（親権者等）は、介護福祉士修学資金等貸付事業実施要綱(財源：地域医療介護総合確保基金)第 17 条に掲げる事項に該当する場合は、該当することが判明した日付において、返還充当金の貸付を受け、福祉系高校修学資金の返還に充てることに同意します。

3 申請者および法定代理人（親権者等）は、「個人情報の取扱いについて」に同意します。

4 連帯保証人予定者は、下記申請者が貸付申請するに際し、別紙「個人情報の取扱いについて」に同意します。

年 月 日

社会福祉法人滋賀県社会福祉協議会会長様

申請者 ㊦

住 所

フリ ガナ

氏 名

㊦

親権者または未成年後見人

㊦

住 所

フリ ガナ

氏 名

㊦

連帯保証人①予定者

㊦

住 所

フリ ガナ

氏 名

㊦

連帯保証人②予定者

㊦

住 所

フリ ガナ

氏 名

㊦

「介護福祉士修学資金等貸付事業実施要綱」「個人情報の取扱いについて」を十分にお読みください。

申請者、親権者および未成年後見人、連帯保証人全員が、各々自署・捺印してください。