

同意書

(介護分野 就職支援金)

1 申請者および法定代理人（親権者等）は、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（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、滋賀県内に所在する事業所または施設において介護職員等として週20時間以上且つ2年間、勤務することを誓います。

また、「個人情報の取扱いについて」に同意します。

2 連帯保証人予定者は、下記申請者が貸付申請するに際し、申請者同様、上記1について同意します。

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（申請者が未成年の場合のみ）

〒

住所

フリ ガナ

氏名

㊟

連帯保証人予定者

〒

住所

フリ ガナ

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（財源：地域医療介護総合確保基金）」「2026年度 滋賀県介護分野就職支援金貸付事業募集要項」「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。