

(第9号様式)

介護福祉士実務者研修受講資金返還猶予申請書

年 月 日

社会福祉法人奈良県社会福祉協議会 会長 様

修学生番号			
住 所	〒 -	電話	()
フリガナ		生年月日	
氏 名	Ⓜ	年 月 日 (歳)	

私は、社会福祉法人奈良県社会福祉協議会介護福祉士実務者研修受講資金貸付要綱の規定により、修学資金の返還の猶予を受けたいので、次のとおり申請いたします。

修学生時の 養成施設名	所在地			
	施設名			
	修了等年月日	年 月 日 (修了・中退)		
借入金額	円	返還済額	0円	
		返還免除済額	0円	
返還猶予を 受けようと する期間	年 月 から 年 月 まで (年 箇月)	返還猶予申請額	円	
申請理由	1 介護福祉士の業務に従事 2 在学中 3 被災 4 その他 ()	理由発生 年月日	年 月 日	
現在の就業先	所在地	〒 -		
	電話番号	電話 ()		
	名称			
就業状 況	期 間		就業先	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
備考				

※申請理由に係る証明書類等を添付すること。

(第10号様式)

業務従事届

年 月 日

社会福祉法人奈良県社会福祉協議会 会長 様

修学生番号		
住 所	〒 -	
フリガナ		生年月日
氏 名	Ⓜ	年 月 日 (歳)

下記のとおり介護福祉士の業務に従事したので届け出ます。

業務従事先	所在地 電話番号	〒 - 電話 ()
	法人名及び 施設名	
	職 種 (主たる業務)	
業務従事期間	年 月 日 から	

上記の者は介護福祉士として返還免除対象業務に従事していることを証明します。

年 月 日

業務従事先の施設(団体)名

代表者の職名及び氏名

Ⓜ

(第16号様式)

資格登録届

年 月 日

社会福祉法人奈良県社会福祉協議会 会長 様

修学生番号	
住 所	〒 - 電話 ()
氏 名	Ⓜ

次のとおり資格登録しましたので届出します。

資格種類	介護福祉士
登録年月日	年 月 日
登録番号	
借受時の養成施設名	

※登録証の写しを添付すること。

国家試験再受験承認申請書

年 月 日

社会福祉法人奈良県社会福祉協議会 会長 様

修学生番号	
住 所	〒 -
氏 名	Ⓜ

次の理由により、介護福祉士試験を再受験したいので申請します。

養成校名	
卒業年月日	
国家試験を再受験しなければならなくなった理由 (該当する項目に○印をしてください。)	
(1) 合格できなかった	
(2) 災害・疾病	
(3) その他 (具体的に記入して下さい。)	

(備考) 国家試験受験票の写しを添付して下さい。

現 況 確 認 書

年 月 日

社会福祉法人奈良県社会福祉協議会 会長 様

修学生番号	※		
養成施設名			
研修修了日			
実務経験年数 (年 月 日現在)		受験年度	年度 (注意) 2022年1月受験の場合、年度は2021年度です。
フリガナ			
氏名	㊟		
生年月日	年 月 日生 (歳)		
住 所	〒 -		
電 話 番 号	()		
	携帯電話番号 ()		
現在の就業先			
電 話 番 号	()		
借 用 金 額	円		

介護福祉士実務者研修受講資金返還猶予申請書

年 月 日

社会福祉法人奈良県社会福祉協議会 会長 様

修学生番号			
住 所	〒 -	電話	()
フリガナ		生年月日	
氏 名	Ⓜ	年 月 日 (歳)	

私は、社会福祉法人奈良県社会福祉協議会介護福祉士実務者研修受講資金貸付要綱の規定により、修学資金の返還の猶予を受けたいので、次のとおり申請いたします。

修 養	返還猶予を受けようとする期間は介護福祉士の登録年月から2年間になります。たとえば2021年4月10日が登録年月日の場合は、2021年4月から2023年3月までの2年間になります。	年 月 日 (修了・中退)		
	借用金	返還済額	0円	
		返還免除済額	0円	
返還猶予受けようする期	合格して、返還猶予の場合は1に○をして下さい。不合格の場合は5に○をし、カッコ内に不合格と記入下さい。	返還猶予申請額	理由発生日は、介護福祉士登録年月日です。不合格の場合は不合格の通知日です。	
申請理由	1 在学中 2 3 被災 4 その他 ()	理由発生日	年 月 日	
現在の就業先	所在地	〒 -	就業状況は記入しなくていいです。	
	電話番号			
	名 称			
就業状況	期 間		就業先	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
備考				

※申請理由に係る証明書類等を添付すること。

(第10号様式)

業務従事届

年 月 日

社会福祉法人奈良県社会福祉協議会 会長 様

修学生番号		
住 所	〒 -	
フリガナ		生年月日
氏 名	Ⓢ	年 月 日 (歳)

下記のとおり介護福祉士の業務に従事したので届け出ます。

業務従事先	所在地 電話番号	〒 -
	法人名及び 施設名	
	職 種 (主たる業務)	
業務従事期間	年 月 日 から	

職種は介護福祉士としての業務です。他の資格での業務は対象外です。

業務従事期間は、国家試験合格前から勤務していても、返還免除対象業務（介護福祉士）として勤務する期間ですので、介護福祉士の登録年月日です。

上記の者は介護福祉士として返還免除対象業務に従事していることを証明します

年 月 日

業務従事先の施設（団体）名

代表者の職名及び氏名

Ⓢ

代表者の個人印ではなく、施設（団体）の公印をおして下さい。

(第16号様式)

資格登録届

年 月 日

社会福祉法人奈良県社会福祉協議会 会長 様

修学生番号	
住 所	〒 - 電話 ()
氏 名	Ⓜ

次のとおり資格登録しましたので届出します。

登録年月日は介護福祉士の登録証に記載のある登録年月日を記入して下さい。

資格種類	介護福祉士
登録年月日	年 月 日
登録番号	
借受時の養成施設名	

※登録証の写しを添付すること。