

推 薦 書

年 月 日

社会福祉法人和歌山県社会福祉協議会会長 様

施設・事業所の所在地 〒

電話番号

施設・事業所の名称

施設・事業所の長の職及び氏名

印

下記1の者は、下記2の施設・事業所において勤務することが決定しており、勤務を継続する意思を確認したため、介護分野就職支援金の貸付けを受ける者として適当であると認められるので推薦します。

記

1 被推薦者

氏名	
所見 (人物・勤務態度等)	
推薦理由	

2 被推薦者が勤務する施設・事業所

法人名		所在地	〒
施設・事業所名			
種別※	<input type="checkbox"/> (介護予防) 訪問介護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> (介護予防) 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> (介護予防) 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> (介護予防) 通所介護 <input type="checkbox"/> (介護予防) 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> (介護予防) 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> (介護予防) 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 複合型サービス <input type="checkbox"/> (介護予防) 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 介護福祉施設サービス <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> (介護予防) 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 介護保健施設サービス <input type="checkbox"/> (介護予防) 短期入所療養介護 (老健) <input type="checkbox"/> 介護療養施設サービス <input type="checkbox"/> (介護予防) 短期入所療養介護 (病院等 (老健以外))		
職種		勤務形態	常勤 ・ 非常勤
勤務開始予定日	年 月 日		

※居宅サービス等を提供する事業所もしくは施設または第一号訪問事業もしくは第一号通所事業所において、就労した者若しくは就労を予定している者であることが貸付けの要件です。

3 施設・事業所としてのサポート

就労の継続に向けたサポート	
---------------	--

※ 「3 施設・事業所としてのサポート」欄の記載について

この介護分野就職支援金では、県内の施設・事業所で2年間引き続き介護業務に従事することで、貸付金の返還が免除されます。

貴施設・事業所としてできる当該職員へのサポートの内容について、具体的に記載願います。