

介護初任者研修奨学金申し込み書

※太枠記載

氏名	(ふりがな)	性別	
住所	〒		
生年月日		電話番号	
昭和 平成	年 月 日 (歳)	-	-
受講時期	年 月 日	※修了日	年 月 日
※修了者 番号	第 - - 初 - 号	※勤務 開始日	年 月 日

誓約書

私は、群馬中央医療生協若しくは社会福祉法人協同福祉会と週20時間以上の雇用契約を交わし、以下の事項に該当した時は、受けた貸与について1ヶ月以内に返済することを約束します。

- (1) 研修を中断したとき
- (2) 群馬中央医療生協若しくは社会福祉法人協同福祉会の事業所に勤務する意思がなくなったとき
- (3) 群馬中央医療生協若しくは社会福祉法人協同福祉会に採用されなかったとき
- (4) 所定勤務期間が1年に満たないとき

この場合は貸与額から勤務月数に5000円を乗じた額を差し引いた残りの額

年 月 日

氏名
