

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、障害福祉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			
職種		勤務形態	常勤 ・ 非常勤
勤務開始予定日	西暦	年	月 日
確認 ※右記に該当する場合、チェック☑をしてください。	<input type="checkbox"/> 障害福祉サービスを提供する事業所若しくは施設、地域活動支援センター、福祉ホーム、基幹相談支援センター及び身体障害者社会参加支援施設に勤務する者である。 <input type="checkbox"/> 主たる業務がサービス利用者に直接サービスを提供する者として就労した者若しくは就労を予定している者である。		

※障害福祉サービスを提供する事業所若しくは施設、地域活動支援センター、福祉ホーム、基幹相談支援センター及び身体障害者社会参加支援施設において、主たる業務がサービス利用者に直接サービスを提供する者とし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

この障害福祉分野就職支援金では、県内の施設・事業所で2年間引き続き障害福祉サービス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。