第１－１号様式

個人保証用

介護福祉士修学資金等貸付
【介護福祉士実務者研修受講資金貸付事業】申請書

社会福祉法人高知県社会福祉協議会　会長　様

私は、実務者研修施設を卒業後、介護福祉士修学資金等貸付【介護福祉士実務者研修受講資金貸付事業】要領の別紙1に定める区域での就職を希望しており、介護福祉士修学資金等貸付【介護福祉士実務者研修受講資金貸付事業】の貸付けを受けたいので、貸付要領第4条第1項の規定により関係書類を添えて申請します。
なお、貸付け決定後は、貸付要領に定められた事項を守ることを誓います。

令和　　年　　月　　日

貸付申請者(自署)	ﾌﾘｶﾞﾅ		性別	生年月日
	氏　名	㊞	男・女	昭和　　年　　月　　日 平成　　（　　歳）
	住　所	（〒　　－　　）		
	保有資格	□基礎研修　□ヘルパー1 級　□初任者研修　□ヘルパー2 級　□無資格		
研修施設	名　称			
	所在地			
	受講期間	（入学年月） ※自宅学習開始月　令和　　年　　月　～（卒業予定年月）　令和　　年　　月		
借用希望金額		円		
資金の使途		〔受講料等、借用希望額の内訳について**必要な費目のみ**ご記入ください。〕 ・実務者研修授業料　円　・実習費及び教材費等納付金　円 ・国家試験受験手数料　円　・国家試験対策講座　円 ・参考図書　円　・学用品、交通費　円 （上限 10,000 円程度）　（電車代など実費　上限 30,000 円程度）		
申請理由				

上記の貸付申請に対し、同意します。（※申請者が未成年の場合、署名押印すること）　令和　　年　　月　　日

法定代理人	住　所	（〒　　－　　）		（〒　　－　　）	
	ﾌﾘｶﾞﾅ		性別		性別
	氏　名	㊞	男・女	㊞	男・女
	生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日		昭和・平成　　年　　月　　日	

【連帯保証人予定者】（※**申請者が未成年**の場合、法定代理人の氏名を記入）

住　所	（〒　　－　　）		（〒　　－　　）	
ﾌﾘｶﾞﾅ		性別		性別
氏　名		男・女		男・女
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日		昭和・平成　　年　　月　　日	

※　法定代理人が未成年後見人の場合は、未成年後見人であることを証明する書類を添付すること。

第１−２号様式

法人保証用

介護福祉士修学資金等貸付
【介護福祉士実務者研修受講資金貸付事業】申請書

社会福祉法人高知県社会福祉協議会　会長　様

私は、実務者研修施設を卒業後、介護福祉士修学資金等貸付【介護福祉士実務者研修受講資金貸付事業】要領の別紙1に定める区域での就職を希望しており、介護福祉士修学資金等貸付【介護福祉士実務者研修受講資金貸付事業】の貸付けを受けたいので、貸付要領第4条第1項の規定により関係書類を添えて申請します。

なお、貸付決定後は、貸付要領に定められた事項を守ることを誓います。

令和　　年　　月　　日

貸付申請者(自署)	ﾌﾘｶﾞﾅ		性別	生年月日
	氏　名	㊞	男・女	昭和　　年　　月　　日 平成　　（　　歳）
	住　所	（〒　　－　　）		
	保有資格	□基礎研修　□ヘルパー1 級　□初任者研修　□ヘルパー2 級　□無資格		
研修施設	名　称			
	所在地			
	受講期間	（入学年月） ※自宅学習開始月　令和　　年　　月　～（卒業予定年月）　令和　　年　　月		
借用希望金額		円		
資金の使途		〔受講料等、借用希望額の内訳について**必要な費目のみ**ご記入ください。〕 ・実務者研修授業料　円　・実習費及び教材費等納付金　円 ・国家試験受験手数料　円　・国家試験対策講座　円 ・参考図書　円　・学用品、交通費　円 （上限 10,000 円程度）　（電車代など実費　上限 30,000 円程度）		
申請理由				

上記の貸付申請に対し、同意します。（※申請者が未成年の場合、署名押印すること）　　年　　月　　日

法定代理人(自署)	住所	（〒　　－　　）		（〒　　－　　）	
	ﾌﾘｶﾞﾅ		性別		性別
	氏名	㊞	男・女	㊞	男・女
	生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日		昭和・平成　　年　　月　　日	

【連帯保証人予定者】（※**申請者が未成年**の場合、法定代理人の氏名を記入）

ﾌﾘｶﾞﾅ	
氏　　名	

【連帯保証人予定者】（法人）

法人名称		代表者	
所在地	（〒　　－　　）		
連絡先	（部署名等）　　（担当者名） （電話番号）　（　　）		

※　法定代理人が未成年後見人の場合は、未成年後見人であることを証明する書類を添付すること。

第１−３号様式

誓 約 書

社会福祉法人高知県社会福祉協議会　会長　様

私は、介護福祉士実務者研修受講資金貸付を申込むにあたり、社会福祉法人高知県社会福祉協議会介護福祉士修学資金等貸付【介護福祉士実務者研修受講資金貸付事業】要領第２条第１項第２号エに基づいて申請するにあたり、卒業後は別紙１の区域において介護福祉士として業務に従事するとともに、届出その他の義務についても誠実に履行することを誓約します。

また、上記の誓約に反する事由が生じた場合、速やかに届出るとともに、社会福祉法人高知県社会福祉協議会介護福祉士修学資金等貸付【介護福祉士実務者研修受講資金貸付事業】要領の規定に伴い、返還いたします。

令和　　年　　月　　日

修　学　生　　住所

氏名　　㊞

令和　　年　　月　　日

法定代理人　　住所
（自署）

氏名　　㊞

令和　　年　　月　　日

法定代理人　　住所
（自署）

氏名　　㊞

令和　　年　　月　　日

連帯保証人１　　住所
（自署）

氏名　　㊞

令和　　年　　月　　日

連帯保証人２　　住所
（自署）

氏名　　㊞

令和　　年　　月　　日

連帯保証人
（法人）

所在地

代表者名　　㊞

第２号様式

【介護福祉士実務者研修受講資金】身　　上　　調　　書

貸付申請者	フリガナ		電話番号	固定	
	氏　名			携帯	
	勤務先	（名称）　　（電話番号）　　（　　）			
		（住所）〒　　－			
	実務経験	施設・事業所名	期　間		
			年　月 ～ 年　月		
			年　月 ～ 年　月		
			年　月 ～ 年　月		
		（合　計）　年　月			
	介護福祉士国家試験受験予定年		年		
法定代理人	フリガナ		同居別居	同・別	健康状態
	氏　名				
	電話番号	（固定）　（　　）　（携帯）　（　　）			
	職　業		申請者との関係		
	勤務先	（名称）　　（電話番号）　　（　　）			
		（住所）〒　　－			
法定代理人	フリガナ		同居別居	同・別	健康状態
	氏　名				
	電話番号	（固定）　（　　）　（携帯）　（　　）			
	職　業		申請者との関係		
	勤務先	（名称）　　（電話番号）　　（　　）			
		（住所）〒　　－			

その他の家族の状況	氏　名	続柄	年齢	同居別居	職業	勤務先・学校名	健康状態（疾病・障害・要介護等）

連帯保証人（個人の場合）				
フリガナ			健康状態	
氏　名				
電話番号	（固定）　（　　）　（携帯）　（　　）			
職　業		申請者との関係		
勤務先	（名称）　　（電話番号）　　（　　）			
	（住所）〒　　－			

※貸付申請者が未成年の場合、法定代理人欄への記入により連帯保証人の記入を省略することは可

第３号様式

推　薦　状

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人高知県社会福祉協議会　会長　様

業務従事施設の所在地

業務従事施設の名称

業務従事施設の長の職及び氏名　　公印

下記の者は、介護福祉士修学資金等貸付【介護福祉士実務者研修受講資金】の貸付けが必要であり、介護福祉士修学資金等貸付【介護福祉士実務者研修受講資金】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いたします。

氏名	
業務従事開始日	年　　月　　日　から
所見 （人物・成績等）	
推薦理由	

業務従事施設担当者

担 当 者 氏 名		連絡先	ＴＥＬ　　（　　） ＦＡＸ　　（　　）

第４－１号様式（個人保証）

収入印紙
消印
円

【介護福祉士実務者研修受講資金貸付事業】借用証書

社会福祉法人高知県社会福祉協議会　会長　様

貸付決定番号

金　額	円

上記のとおり受講資金の貸付けを受けました。この資金は、社会福祉法人高知県社会福祉協議会 介護福祉士修学資金等貸付【介護福祉士実務者研修受講資金貸付事業】要領の規定に従い、返還します。

令和　　年　　月　　日

貸付決定者　住所
（自署）
氏名　　実印

上記の貸付けに対し、同意します。（※貸付決定者が未成年の場合、署名押印すること）

令和　　年　　月　　日

法定代理人　住所
（自署）
氏名　　実印

令和　　年　　月　　日

法定代理人　住所
（自署）
氏名　　実印

上記の貸付けに対し、連帯して債務を負担します。

令和　　年　　月　　日

連帯保証人１（自署）　住所
（※貸付決定者が未成年の場合、法定代理人は署名押印すること）
氏名　　実印

令和　　年　　月　　日

連帯保証人２（自署）　住所
（※貸付決定者が成年又は連帯保証人１が法定代理人の場合であって、要件を満たさない場合は署名押印すること。）
氏名　　実印

注　この借用証書に押印した貸付決定者又は法定代理人（親権者、未成年後見人等）及び連帯保証人の印鑑については、市町村長の証明書を添付してください。
（貸付決定者が未成年の場合、借受人は認印で可であり、印鑑登録証明書の添付は不要。）

第４－２号様式（法人保証）

収入印紙 消印 円

【介護福祉士実務者研修受講資金貸付事業】借用証書

貸付決定番号

金　額	円

上記のとおり受講資金の貸付けを受けました。この資金は、社会福祉法人高知県社会福祉協議会 介護福祉士修学資金等貸付【介護福祉士実務者研修受講資金貸付事業】要領の規定に従い、返還します。

令和　　年　　月　　日

貸付決定者（自署）　住所

氏名　　実印

上記の貸付けに対し、同意します。（※貸付決定者が未成年の場合、署名押印すること）

令和　　年　　月　　日

法定代理人（自署）　住所

氏名　　実印

令和　　年　　月　　日

法定代理人（自署）　住所

氏名　　実印

上記の貸付けに対し、連帯して債務を負担します。

令和　　年　　月　　日

連帯保証人（※貸付決定者が未成年の場合、法定代理人は署名押印すること）　住所

氏名　　実印

令和　　年　　月　　日

連帯保証人（法人）　所在地

代表者名　　実印

注　この借用証書に押印した貸付決定者又は法定代理人（親権者、未成年後見人等）及び連帯保証人の印鑑については、印鑑登録証明書を添付してください。

（貸付決定者が未成年の場合、貸付決定者は認印で可であり、印鑑登録証明書の添付は不要。）

第５号様式

新規 ・ 変更

※いずれかに〇を付けてください。

【介護福祉士実務者研修受講資金】振込口座届

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人高知県社会福祉協議会　会長　様

貸付決定番号

貸付決定者
（自署）

住所

氏名　　㊞

修学資金振込口座を次のとおり届け出ます。（貸付決定者名義の口座をご記入ください。）

金融機関名							
本支店名							
預金種別	１：普通預金　　２：当座預金						
口座番号							
フリガナ							
口座名義							

第６号様式

【介護福祉士実務者研修受講資金貸付事業】請求書

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人高知県社会福祉協議会　会長　様

貸付決定番号

貸付決定者
（自署）
住所
氏名　　㊞

法定代理人
（自署）
住所
氏名　　㊞

法定代理人
（自署）
住所
氏名　　㊞

下記のとおり請求します。

記

金額　　円

第７号様式

【介護福祉士実務者研修受講資金】返還免除申請書

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人高知県社会福祉協議会　会長　様

申請者　貸付決定番号

住所

氏名　　㊞

社会福祉法人高知県社会福祉協議会 介護福祉士修学資金等貸付【介護福祉士実務者研修受講資金貸付事業】要領に基づき、修学資金の返還の免除を受けたいので、次のとおり申請いたします。

<table>
<tr><td rowspan="3">修学生時の実務者研修施設</td><td>所在地</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>研修施設名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>終了年月日</td><td colspan="3">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">借用時期</td><td rowspan="2">年　　月</td><td>借用金額</td><td>円</td></tr>
<tr><td>返還済額</td><td>円</td></tr>
<tr><td rowspan="2">返還猶予を受けた期間</td><td rowspan="2">年　　月から
年　　月まで
（　　年　　月）</td><td>返還免除済額</td><td>円</td></tr>
<tr><td>返還免除申請額</td><td>円</td></tr>
<tr><td>申請理由</td><td colspan="2">１　対象業務に従事
（２年・その他）
２　死亡　　３　心身の故障
４　その他（　　）</td><td>理由発生年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">現在の就業先又は在学先</td><td>所在地
電話番号</td><td colspan="3">〒　－
電話　　（　　）</td></tr>
<tr><td>名　称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">修学後の状況</td><td colspan="2">期　　間</td><td>就業先又は進学先</td><td>所在地
（都道府県名）</td></tr>
<tr><td>年　　月から
年　　月まで・現在</td><td>年
月</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>年　　月から
年　　月まで・現在</td><td>年
月</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>年　　月から
年　　月まで・現在</td><td>年
月</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>備考</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

第８号様式

高知県介護福祉士実務者研修受講資金返還猶予申請書

貸付番号			
猶予申請額	円		
猶予期間及び理由	１ 申請１回目（養成施設卒業時等） □ 対象業務に従事　資格登録月から２年 □ その他　年　月 ～　年　月 〔理由：　〕		
	２ 申請２回目以降 □ 対象業務に従事　返還債務の免除要件を満たすまでの期間 □ その他　年　月 ～　年　月 〔理由：　〕		
貸付額	円	既返還額	円
既免除額	円	返還未済額	円
資格種別	介護福祉士	登録年月日	年　月　日
現在の進学先又は勤務先	所在地 名　称		

上記のとおり、高知県介護福祉士実務者研修受講資金の返還債務の履行の猶予を受けたいので申請します。

年　月　日

社会福祉法人　高知県社会福祉協議会長　様

申請者　住所

氏名　㊞

TEL

※承認年月日	

記載上の注意

（１）猶予理由がその他の場合は、具体的に記載すること。
（２）猶予理由の進学は、社会福祉士養成施設への進学であること。
（３）猶予理由に変更を生じた場合においては、変更後の猶予理由が発生した時点において、再度この申請書を提出すること。
（４）※欄は記載しないこと。

第９号様式

【介護福祉士実務者研修受講資金】退学・停学・復学・休学・辞退等届

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人高知県社会福祉協議会　会長　様

届出者　貸付決定番号

住所

氏名　　㊞

下記の事項について届け出ます。

記

届　出　事　項 （注１）	１　実務者研修施設の（ 退学 ・ 停学 ・ 休学 ・ 復学 ） ２　転学・進路変更 ３　資金の借受けを辞退（理由を備考欄に記載） ４　その他（　　）
修　学　生　氏　名	
研　修　施　設　名	
届出事項の発生年月日 （注２）	年　　月　　日
備　　考	

（注１）１・２の届出事項の場合は、以下に実務者研修施設長の証明を受けてください。

（注２）転学・進路変更、停学の場合は、当該事由が開始した日を記入してください。
　　退学の場合は在籍した最終日を記入してください。

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　　年　　月　　日

実務者研修施設住所
実務者研修施設名
施設長名

学校印

第１０号様式

【介護福祉士実務者研修受講資金】死　亡　届

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人高知県社会福祉協議会　会長　様

届出者　貸付決定番号

住所

氏名　　㊞

借受人との関係

社会福祉法人高知県社会福祉協議会 介護福祉士修学資金等貸付【介護福祉士実務者研修受講資金貸付事業】の貸付けを受けた下記の者が死亡したので、関係書類を添えて届け出ます。

記

住　所	
氏　名	
死亡年月日	令和　　年　　月　　日
死亡事由	業務上の事由　・　業務外の事由
死亡状況 （業務上の事由の場合）	
備　考	

注　除籍証明書（又は死亡診断書の写し）を添付すること

第１１号様式

【介護福祉士実務者研修受講資金】

住所・氏名・電話番号・勤務先異動届

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人高知県社会福祉協議会　会長　様

届出者　貸付決定番号

住所

氏名　　㊞

社会福祉法人高知県社会福祉協議会　介護福祉士修学資金等貸付【介護福祉士実務者研修受講資金貸付事業】要領第１２条の規定に基づき、下記のとおり届け出ます。

記

変更事項	貸付けを受けた者の（ 住所 ・ 氏名 ・ 電話番号 ・ 勤務先） 法定代理人の（ 住所 ・ 氏名 ・ 電話番号 ・ 勤務先） 連帯保証人の（ 住所 ・ 氏名 ・ 電話番号 ・ 勤務先）	
	（新）	（旧）
住　所	〒	〒
電話番号	（　　）	（　　）
フリガナ		
氏　名		
勤務先 （名称）		
所在地	〒	〒
電話番号	（　　）	（　　）

（注）変更があった事項のみご記入ください。

第１２号様式

【介護福祉士実務者研修受講資金】業務従事届

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人高知県社会福祉協議会　会長　様

届出者　貸付決定番号

住所

氏名　　㊞

社会福祉法人高知県社会福祉協議会 介護福祉士修学資金等貸付【介護福祉士実務者研修受講資金貸付事業】要領の別紙１に定める区域及び職種の業務に従事しているので、次のとおり届け出ます。

業務従事先	所在地及び電話番号	〒　－ 電話　　（　　）
	施設･事業所名	
	職　種	
業務従事開始日	年　　月　　日　から	

（注）施設・事業所名については、事業種別が確認できる名称を記載してください。

上記のとおり従事していることを証明いたします。

令和　　年　　月　　日

業務従事先の施設（所属団体）名

施設（所属団体）の長の職及び氏名　　公印

第１３号様式

【介護福祉士実務者研修受講資金】業務従事期間証明書

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人高知県社会福祉協議会　会長　様

貸付決定番号			
住　所	〒　－		
氏　名		生年月日	年　　月　　日

上記の者は、次のとおり従事していたことを証明します。

業務従事先	所在地及び 電話番号	〒　－ 電話　　（　　）
	施設・事業所名	
	職　種	
	勤務形態	常勤（フルタイム勤務）　　非常勤・パート
業務従事期間	年　　月　　日　　から 年　　月　　日　　まで　　（　　年　　月）	
	※上記の期間のうち、長期休職期間が有る場合はこちらもご記入ください。 （産休・育休、病休など） 年　　月　　日　　から 年　　月　　日　　まで　　（　　年　　月）	
業務従事日数	ア　３６０日以上　　イ その他（　　日）	

（注）施設・事業所名については、事業種別が確認できる名称を記載してください。

令和　　年　　月　　日

業務従事先の施設（所属団体）名

施設（所属団体）の長の職及び氏名　　公印

第１４号様式

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人高知県社会福祉協議会　会長　様

貸付決定番号

貸付決定者（自署）　住所

氏名　　㊞

法定代理人（自署）　住所

氏名　　㊞

法定代理人（自署）　住所

氏名　　㊞

【介護福祉士実務者研修受講資金】連帯保証人変更申請書

社会福祉法人高知県社会福祉協議会 介護福祉士修学資金等貸付【介護福祉士実務者研修受講資金】要領第６条の２の規定により連帯保証人の変更について申請します。

１　旧連帯保証人　　住　所

氏　名

２　変更の理由

３　新連帯保証人

フリガナ 氏　名		性別	男 女	生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日
住　所	〒　　－			電話番号	固定 携帯
職　業				貸付決定者との関係	
勤務先	（名称）　　（電話番号）　　（　　） （住所）〒　　－				

（注）新連帯保証人の保証書（第１５号様式）及び新連帯保証人の収入又は所得若しくは資産を証明する書類を添付してください。

第１５号様式

収入印紙 消印 円

【介護福祉士実務者研修受講資金】

保　　証　　書

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人高知県社会福祉協議会　会長　様

新連帯保証人　住所

氏名　　実印

（住所　　氏名　　）は、社会福祉法人高知県社会福祉協議会 介護福祉士修学資金等貸付【介護福祉士実務者研修受講資金貸付事業】要領による修学資金の貸付けを受けていますが、この度、旧連帯保証人（住所　　氏名　　）に替わり私が連帯保証人となりましたので、下記の貸付けに対し、連帯して債務を負担します。

借用金額	円

注　この保証書に押印した新連帯保証人の印鑑については、市町村長の証明書を添付してください。

第１６号様式

【介護福祉士実務者研修受講資金】返還届

年　　月　　日

社会福祉法人高知県社会福祉協議会　会長　様

届出者　（　　本人　・　連帯保証人　）
住所
フリガナ
氏名　　㊞

社会福祉法人高知県社会福祉協議会 介護福祉士修学資金等貸付【介護福祉士実務者研修受講資金貸付事業】要領第１０条第１項の規定により受講資金を返還するにあたり、下記のとおり返還事由及び返還方法を届け出ます。

貸付決定番号		貸付決定者氏名	
返還事由（該当事由にチェック）	□　貸付契約の解除（第１号） □　実務者研修施設を卒業した日から１年以内に介護福祉士登録簿に登録せず、貸付要領別紙１に定める区域及び職種の業務に従事しなかった（第２号） □　貸付要領別紙１に定める区域及び職種の業務に従事する意思がなくなった（第３号） □　業務外の事由により死亡した（第４号） □　業務外の事由により、心身の故障により業務に従事できなくなった（第４号）		
返還方法	月　賦　・　半 年 賦		
返還期間	ヶ月（※最大 12 ヶ月まで）		
備　考			

第１７号様式

卒　業　後　状　況　届

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人高知県社会福祉協議会　会長　様

届出者　貸付決定番号
住所
フリガナ
氏名　　㊞

生年月日　　年　　月　　日

社会福祉法人高知県社会福祉協議会 介護福祉士修学資金等貸付【介護福祉士実務者研修受講資金貸付事業】要領第１２条第８項の規定により、実務者研修施設卒業後の状況について、下記のとおり届け出ます。

記

卒業年月日	年　　月　　日
資格取得状況	１　介護福祉士国家試験に合格している ２　介護福祉士国家試験に合格していない ３　介護福祉士国家試験の受験資格となる実務経験を満たしていない （受験資格取得予定：　　年　　月）
現在の状況 （当てはまる番号に〇）	１　介護福祉士国家試験の実務経験となる職種に従事している。 ２　介護福祉士等修学資金貸付要領別紙１に定める区域及び職種の業務以外に従事している （理由：　　） ①勤 務 先 名： ②勤務先所在地： ③勤務先電話番号： ３　その他[　　] （理由：　　）
今後の予定 （当てはまる番号に〇）	１　（　　）年度の介護福祉士国家試験を受験する ２　資金貸付要領別紙１に定める区域及び職種の業務に従事する（したい） （　　年　　月から） ３　資金貸付要領別紙１に定める区域及び職種の業務に従事しない （理由：　　） ４　その他[　　]
備　考	

個人情報の取り扱いについて（同意書）

「個人情報の取扱い説明書」及び「個人情報取扱事務概要説明書」をお読みいただき、次の各項目について、理解・同意していただける場合にはチェックを入れ、署名・捺印をして下さい。

□　私は、「個人情報の取扱い説明書」及び「個人情報取扱事務概要説明書」により、貴会における個人情報の取扱いについて理解しました。

□　私は、資金貸付の利用に伴い、申込書などの提出書類に記載した個人情報について、「個人情報の取扱い説明書」及び「個人情報取扱事務概要説明書」並びに高知県社会福祉協議会の規則に基づいて取り扱われることに同意します。

令和＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

貸付申請者　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

法定代理人　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

法定代理人　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

連帯保証人１　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

連帯保証人２　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

（各々が自署にて署名押印すること。）