

児童養護施設等・児童相談所の長の推薦書

(記入日) 年 月 日

石川県社会福祉協議会理事長 様

児童養護施設等

(児童相談所) 名 称

所在地

代表者

役職・氏名

印

電話番号

-

-

当施設（又は児童相談所）において入所（又は委託）していた（又はしている）下記の者について、下記のとおり児童養護施設退所者等自立支援資金の貸与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				性別	男 ・ 女
生年月日	年	月	日	(歳)	
入所（委託開始）	年	月	日		
退所（委託解除）	年	月	日		
所 見 (人物についてや 進学又は就職に 向けた意欲など)					
保護者等からの 経済的支援の状況					
法定代理人の 同意が得られ ない場合の理由					
連帯保証人が 立てられない 場合の理由					
申請者の 意志確認	確認方法	電 話 ・ 面 接 ・ その他 ()			
	確認日時	年	月	日	時 分 頃