

ノテユニオン
資格取得祝金給付申請書

コピーして
ご利用下さい

※太枠内を記入してください。

申請年月日	令和 年 月 日	事業所名	
所 属		申 請 者	

申請者 (組合員)	フリガナ		
	氏 名		
	連絡先	()	—

取得資格	取得日	給付額
() 社会福祉士	令和 年 月 日	20,000
() 介護福祉士	令和 年 月 日	20,000
() 介護支援専門員	令和 年 月 日	20,000
() 精神保健福祉士	令和 年 月 日	20,000
() 管理栄養士	令和 年 月 日	20,000
() 正看護師	令和 年 月 日	20,000
() 作業療法士	令和 年 月 日	20,000
() 理学療法士	令和 年 月 日	20,000
() 言語聴覚士	令和 年 月 日	20,000

振込先	銀行 信用金庫	支店 出張所	普通	口座No. (右づめ)							
口座名義	フリガナ										

【特記事項】											
<input type="radio"/> 申請には、次の添付書類が必要です。 • 申請書の原本 • 社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員、精神保健福祉士は『登録証』のコピー • 管理栄養士、看護師、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士は資格の『免許証』のコピー											

【事務記入欄】											
祝金金額	20,000 円										
受付年月日	令和 年 月 日	処理者印		中執委員長	中執書記長		事務局				
祝金振込日	令和 年 月 日	処理者印									