

修 学 生 番 号	第	号
-----------	---	---

介護福祉士修学資金等 死亡届

令和 年 月 日

社会福祉法人  
福岡県社会福祉協議会会長 様

住 所 〒

氏 名 印

電話番号

下記のとおり、お届けします。

借受者	住 所	
	氏 名	
死 亡 年 月 日		年 月 日
死 亡 原 因		
在 学 養 成 施 設 名		
業 務	所在地	
従事先	名 称	

備 考 死亡診断書等、証明書類を添付してください。