

(別紙)対象者名簿

No.	氏名	住所	生年月日	研修事業者名	研修内容	修了年月日	受講料	請求額(※)	介護職員として勤務を開始した日
例	西東京 太郎	西東京市南町5-6-13	S58.4.1	〇〇〇	初任者研修	R6.4.1	〇〇〇円	〇〇〇円	R5.4.1
1									
2									
3									
4									
5									

請求額計	
------	--

※請求額欄は、受講料と初任者研修(上限5万円)又は実務者研修(上限10万円)を比較して、どちらか少ない額を記載してください。

就 労 申 立 証 明 書 等 及 び	<p>上記の者は、現在も当事業所の<u>介護職員</u>であることを証明する。 また、この補助金のほかに、今回の研修に対して補助は受けておらず、研修費補助に係る申請も行っていないことを申し添えます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>事業所所在地 : 西東京市</p> <p>事業所名 : </p> <p>事業所番号 : </p>
--	--