調布市介護職員研修受講費等補助金　対象者名簿

（別紙）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 氏名 | 勤務先 | | | 勤務開始日 | 平均就業時間（週） |
|  | 事業所名  所在地 |  | |  |  |
| 修了・取得した研修等 | 修了日・交付日 | | 費用内訳 | 費用計 | 事業者負担分 |
| □ ①介護職員初任者研修  □ ②介護職員実務者研修  □ ③介護福祉士資格 |  | |  |  |  |
| ２ | 氏名 | 勤務先 | | | 勤務開始日 | 平均就業時間（週） |
|  | 事業所名  所在地 |  | |  |  |
| 修了・取得した研修等 | 修了日・交付日 | | 費用内訳 | 費用計 | 事業者負担分 |
| □ ①介護職員初任者研修  □ ②介護職員実務者研修  □ ③介護福祉士資格 |  | |  |  |  |
| ３ | 氏名 | 勤務先 | | | 勤務開始日 | 平均就業時間（週） |
|  | 事業所名  所在地 |  | |  |  |
| 修了・取得した研修等 | 修了日・交付日 | | 費用内訳 | 費用計 | 事業者負担分 |
| □ ①介護職員初任者研修  □ ②介護職員実務者研修  □ ③介護福祉士資格 |  | |  |  |  |

年 月 日

調布市介護職員研修受講費等補助金交付要綱第３に規定される補助対象者の要件を満たしていること，上記の記載内容に誤りがないことを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者（法人）名 |  |
| 代表者名 |  |