

調布市介護職員研修受講費等補助金 対象者名簿

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