

様式第 1 号（第 6 条関係）

訓子府町社会福祉協議会介護職員初任者研修費助成金申込書

年 月 日

訓子府町社会福祉協議会会長 様

介護職員初任者研修費助成金の交付を受けたいので、訓子府町社会福祉協議会介護職員初任者研修費助成事業実施要綱第 6 条の規定により申し込み致します。

申 込 者	住 所			
	フリガナ 氏 名	Ⓔ	性別	男・女
	電 話			
	生年月日	年 月 日（ 歳）		
就 業 先				
就業希望先				
研 修 機 関				
受 講 期 間	年 月 日から 年 月 日			
講 習 費 用	円			
他の機関からの 助成	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 円 ） 機関名（ ）			

- ☐ 初任者研修の受講を証明する書類の写しを提出致します。
- ☐ 社会福祉協議会で名簿を備え、町内事業所に情報提供することに同意致します。

社会福祉協議会処理欄		
初任者研修受講証明書類提出日	年 月 日	取扱者

※社会福祉協議会処理欄は記載しないで下さい。