

記入例（雇用している法人または就労している事業所で発行してください）

平成〇〇年〇〇月〇〇日

柏市長 へ

法人名 社会福祉法人〇〇
 法人所在地 柏市××□-△-〇
 事業所名 〇〇デイサービスセンター
 代表者職・氏名 理事長 〇〇 ×× 印

(法人代表者 ・ 事業所代表者)

※該当する□に✓をつけてください

柏市介護職員初任者研修受講料等助成金の交付の申請にあたり、次の者が介護職員として就労していることを証明します。

被 雇 用 者	氏名	柏 花 子
	住所	柏市××〇-△-□
	雇用開始日	平成〇〇年 × 月 △ 日から現在も就労中
	雇用形態	常勤 ・ 非常勤
雇 用 者	法人名	社会福祉法人〇〇
	所在地	柏市××□-△-〇
	代表者職・氏名	理事長 〇〇 ××
	電話番号	〇4-71〇〇-△△××
就 労 し て い る 事 業 所	事業所名	〇〇デイサービスセンター
	所在地	柏市××□-□-□
	事業所番号	12722×××××
	介護サービス種別	通所介護
	代表者職・氏名	管理者 △△ □□
	電話番号	〇4-71〇〇-△△△△

【研修受講料等の助成に関する証明欄】

上記の者に対する介護職員初任者研修の受講料及び教材費の助成について、以下のとおりであることを証明します。

助成を行っている、または行う予定がある
 ※助成金の額及び内訳が分かる資料を添付してください。

助成を行っておらず、また、今後行う予定がない

(該当する□に✓をつけてください)