

北広島町介護職員研修受講費補助金交付申請書

年 月 日

北 広 島 町 長 様

〒

申請者
(受講者)

住 所

氏 名

印

電 話

次のとおり申請します。

受講者	住 所	
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
研 修 名	介護職員初任者研修 実務者研修	
研修機関		
受講期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
受講料	円	
他機関からの助成	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 金額 円	
	機 関 名	
就 労 先	法 人 名	
	事業所名	
	所 在 地	北 広 島 町
	採用年月日	年 月 日
添付書類	<input type="checkbox"/> 研修修了証明書の写し <input type="checkbox"/> 就労証明書 <input type="checkbox"/> 受講料の領収書	

同 意 書

北広島町介護職員研修受講費補助金の交付申請に係る資格要件を確認するため、町長が私の納税状況について、税務担当課に報告を求めることに同意します。

年 月 日

住 所

氏 名

印

生年月日

年

月

日

北広島町長 様