別記様式第３号（第６条関係）

研修受講費用の助成証明書

和束町長　　様

年　　月　　日

証明者（法人）
（住所）
（名称）
（代表者 職・氏名）　　印

（担当者名）
（電話番号）

下記の者が研修受講に当たり、当法人から受講費用を助成したことを証明します。

記

氏　　名	
住　　所	
勤務する施設・事業所の名称	
勤務する施設・事業所の所在地	
受講研修名	介護職員初任者研修
研修実施機関名称	
研修受講費用	合計　　円
助成金額	合計　　円 助成金内訳　研修受講費　　円 教材費　　円

（Ａ４）