

第3号様式(第4条関係)

昭島市介護支援専門員法定研修費用補助金交付申請に係る確認書

(宛先)昭島市長

次の介護支援専門員法定研修における研修受講料等においては、以下のとおり確認したことを提出します。

- ①下記介護支援専門員(受講者)は、法人の運営する介護保険施設又は事業所等において、受講した法定研修の実施団体に受講料を納入した時点で勤務している又は勤務予定であること。
- ②下記研修について、「事業所負担額」記載の金額が下記法人から介護支援専門員(受講者)へ支給されたこと。
- ③下記介護支援専門員(受講者)は、他の法人と本確認書を作成していないこと。
- ④下記法人から昭島市に提出した事業者指定に係る申請書類(変更届出書、勤務形態一覧表)の情報を利用する場合があること。

【研修名称及び負担額】

	研修名称	受講料	事業所負担額	他補助金額
1				
2				

【法人名】

所在地	
法人名称	
代表者職	
代表者氏名	

私は、以上について確認し、同意します。

【介護支援専門員(受講者)署名】

介護支援専門員登録番号	
(実務研修の場合は) 実務研修受講試験受験番号	
記入日	
氏名(自署)	