

第1号様式（第5条関係）

中井町介護職員初任者研修支援事業補助金交付申請書

年 月 日

中井町長 殿

住 所
申請者 氏 名
電話番号

中井町介護職員初任者研修支援事業実施要綱第5条の規定により下記のとおり申請します。

受講者	住 所	中井町
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
受講費用 (教材費を除く)		円
添付書類		①受講料領収書の写し（教材費相当額が明記されていない場合は、開催要項等による当該金額の内訳が確認できる書類を添えること） ②修了証明書又は受講終了を証明する書類の写し