

## 研修受講費用の助成証明書

墨田区長 あて

年 月 日

証明者（法人）  
 （住所）  
 （名称）  
 （代表者 職・氏名）  
  
 （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
助成金額 (法人の負担額)	合計 <span style="float: right;">円</span>

## 研修受講費用の助成証明書

記入例 朱書きを参考に記入ください。

墨田区長 あて

【注意】

就労先の事業所の担当者様をご記入ください。

令和8年4月10日

証明者（法人）

（住所） 墨田区吾妻橋7-1-1

（名称） 株式会社墨田区福祉サービス

（代表者 職・氏名） 代表取締役 墨田区 花子

（担当者名） 墨田 あづま

（電話番号） 03-5608-0000

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	墨田 太郎
住所	墨田区吾妻橋1-23-20
勤務する施設・事業所の名称	グループホームせせらぎ墨田
勤務する施設・事業所の所在地	墨田区立花10-12-24
受講研修名	介護職員初任者研修
助成金額 (法人の負担額)	合計 30,000 円