

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）

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