

瀬戸市介護支援専門員研修受講支援事業 事業報告書兼収支決算書（受講者名簿）

該当するものにレ点をつけてください。（全てにレ点がない場合、補助金の交付対象になりません。）

- ☒ 以下の受講者について、研修の受講開始時点で当介護施設・事業所に勤務しており、今後も引き続き勤務する意思があることを確認しました。
- ☒ 当補助金の対象となる研修に係る費用について、当補助事業以外の補助事業、貸付金事業及び給付金等を受けていないこと及び今後も受けないことを確認しました。
- ☒ 研修の受講により、介護人材の離職防止及び定着促進並びに介護サービスの質の向上を図ることができました。

申請者（補助対象事業者）：○○○○○○○○

連番	研修の名称	受講者 氏名	受講者の西暦生年月日	受講者の所属する介護施設・事業所のサービス種別	受講者の所属する介護施設・事業所名	勤務開始日 ※西暦年月日	研修開始日 ※西暦年月日	研修修了日 ※西暦年月日	①研修受講料 (円)	②受講者自己負担 額 (円)	③介護施設・事業 所等が負担した金 額 (円)
1	介護支援専門員実務研修	○○○○	○○○○年○月○日	居宅介護支援	○○○○	○○○○年○月○日	○○○○年○月○日	○○○○年○月○日	59,600	-	59,600
2	主任介護支援専門員更新研修	○○○○	○○○○年○月○日	介護予防支援	○○○○	○○○○年○月○日	○○○○年○月○日	○○○○年○月○日	60,000	-	60,000
3											-
4											-
5											-
6											-
7											-
8											-
9											-
10											-

研修名をプルダウンから選択してください。

この数値を別紙1-1の「総事業費」欄に転記してください。