（様式１）

平成　　年　　月　　日

介護職員初任者研修受講費補助申請書

社会福祉法人青森県社会福祉協議会会長　様

介護職員初任者研修受講費の補助を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記　　【求職票番号：　　】

(フリガナ) 申請者氏名	㊞
申請者性別	男　・　女
申請者生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日（満　　歳）
申請者現住所等	〒（　　）－（　　） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ (アパートの方は名称：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿) 電話（携帯）番号：　　（　　）
申請者勤務先・ 学校名等	住所：〒(　　)-(　　)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 名称：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ TEL　　（　　）
受講機関の名称	
受講機関の住所等	〒(　　)-(　　) 住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ TEL　（　　）　　FAX　（　　）
受講日程	平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日
受講費	受講料　　円・教材費　　円：計　　円
他機関・団体からの 補助・助成	有　・　無
就労斡旋機関	青森県福祉人材センター　・　弘前福祉人材バンク　・　八戸福祉人材バンク

【以下の欄は、申請者が高等学校生徒の場合、学校長の証明・押印をお願いします。】

上記の者は、本校　　科　　学年に在籍していることを証明します。

＿＿＿＿＿＿＿高等学校校長＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

≪関係書類≫

１　「受講決定通知書（写）」及び該当者のみ「福祉施設職場体験事業申込書（写）」各１部

２　受講費（受講料及び教材費）が確認できる資料１部

≪提出先≫

〒030-0822 青森市中央 3-20-30 県民福祉プラザ２階

社会福祉法人青森県社会福祉協議会福祉人材課