

介護職員初任者研修等受講費補助申請書

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等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	_____ ⑩	青森県内での就労意志	あり ・ なし
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 または学校名等	住所： 〒 () - () _____ 名称： _____ TEL () ※高校生の場合 学年 科		
研修実施機関の名称	_____		
研修実施機関の住所等	〒 () - () 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 (該当者は○で囲む)	◎青森県福祉人材センター (八戸 ・ 弘前) 福祉人材バンク ◎ハローワーク (青森・ヤングプラザ・八戸・弘前・むつ・野辺地 五所川原 ・ 三沢 ・ 十和田出張所 ・ 黒石)		
(該当者欄) 高校生参加研修等	平成 年 月 日開催の _____ ※ (該当を○囲む) 高校生対象福祉施設体験講習会・福祉の仕事あれこれ出前講座 に参加しました。		

【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。】

<p>上記、記載事項について証明をします。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>_____ 高等学校校長 _____ ⑩</p>

《関係書類》 1. 研修の受講者が確認できる資料 (写) 1部
 2. 受講費等が確認できる資料 (写) 1部

《提出先》 〒030-0822 青森市中央三丁目20番30号 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