

(様式6)

令和 年 月 日

介護員養成研修受講費補助請求同意書

(研修実施機関)

住所 _____

名称 _____

代表者職・氏名 _____ 様

(生徒)

自宅住所 _____

学校名・学年 _____ 高等学校 学年

氏名 _____ 印

私は、社会福祉法人青森県社会福祉協議会が実施する介護員養成研修受講費補助事業に係る受講費補助の請求について、上記研修実施機関が行うことに同意します。