

別紙

練馬区介護職員初任者研修受講料助成金交付申請に係る事業者証明書

申請者 は、 年 月 日付けで本事業所に採用された職員です。現に本事業所に就労していることについて、下記のとおり証明します。

記

- (1) 介護職員初任者研修課程の修了日（修了後に採用された場合は採用日）以降、 年 月 日付けで介護職員または障害福祉サービス従事者として継続して6か月間就労したこと。
- (2) 申請者が非定型的パートタイムヘルパー（通称：登録ヘルパー）である場合、介護職員初任者研修課程の修了日（修了後に採用された場合は採用日）以降、 年 月 日付けで従事時間が通算90時間（修了日以前からの継続従事者にあっては、修了前の従事時間最大45時間を含む。）を越えたこと。

証明年月日： 年 月 日

事業所	所在地	
	名称	
	代表者	印
	連絡先	