

別紙

練馬区介護職員実務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) 介護職員実務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) 介護職員実務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90日従事したこと。

証明年月日： 年 月 日

| | | |
|-----|-----|---|
| 事業所 | 所在地 | |
| | 名称 | |
| | 代表者 | 印 |
| | 連絡先 | |