

## 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 **練馬 花子** は、**令和6年5月1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

修了日（修了後に採用された場合は採用日）が月の末日の場合は、6か月後の末日を記入  
(例：5月1日採用・6月30日修了の場合、  
修了日以後6か月間就労した日は12月31日)

- (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、**令和7年7月1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、**令和7年5月20日**付けで90日従事したこと。

証明年月日：**令和7年7月10日**

事業者証明欄記入日です。要件を満たした日以降の日付をご記入ください。

事業者証明欄の内容を訂正する場合、こちらと同じ印を押して訂正してください。

事業所

所在地 **練馬区豊玉北〇〇**  
名称 **医療法人〇〇会 〇〇ケアサービス桜台**  
代表者 **施設長 練馬 太郎** 印  
連絡先 **03-XXXX-XXXX**

事業者印  
または  
代表者印

申請期間は、すべての要件を満たした日の翌日から3か月以内です。事業者証明欄記入日からの起算ではありません。

申請者が勤務する区内事業所の情報を記載してください。  
※法人の所在地等は不要です。