

(別記第2-1号)

介護職員実務者研修受講促進事業(計画・変更計画)書の附票

事業者(法人)名		
実務者研修受講者人数	人	
代替職員人数	人	

(単位:円)

No	実務者研修受講者氏名	実務者研修受講者従事事業所名 (事業所番号)	事業種別	研修期間	実務者研修 (通信課程の場合はスクーリング) 日数	代替職員 配置(予定) 日数 (A)	対象経費の支出予定額			基準額			選定額 (G)	補助金 所要額 (D)×1/2 ※1,000円未満 端数切り捨て (H)
							「別記様式 第1-3」 代替職員番号	代替職員を確 保するために 必要な日額 (B)	代替職員 費用(予定)額 (A)×(B) (C)	代替職員を確保 するために必要な 日額 (12,080円を上 限) (D)	代替職員を確保 する日数 (10日間を上限) (E)	基準額 (D)×(E) (F)		
1														/
2														
3														
4														
5														
計														

※ (G)欄には(C)と(F)を比較して少ない方の額を記入すること。

※ 「実務者研修(通信課程の場合はスクーリング)日数」、「代替職員配置(予定)日数」欄については、別記第1-2号より転記すること。

※ 既に雇用している非常勤職員を代替職員とする場合は、代替職員予定者の現雇用契約書を添付すること。

【担当者連絡先】

所属	
役職	
氏名	
TEL	
FAX	
E-Mail	