

(別記第2-7号)

介護職員実務者研修受講促進事業実務者研修受講者に係る代替職員配置及び費用支払状況表

事業者(法人)名	
事業所名	
事業所の所在地	

実務者研修受講者氏名	
------------	--

(単位:円)

研修(通信課程 の場合はスクー リング) 日	代替職員氏名	雇用形態 ※1	勤務時間	対象経費支出額(日額換算)(10日間を限度)						基準額 (12,080円を上限)	支払日
				経費区分 ※2	支払額(円)	経費区分 ※2	支払額(円)	経費区分 ※2	支払額(円)		
									合計		

○実務者研修受講職員1人につき1枚作成する。スクーリング日程1日につき1行に記入する。  
 ※行が不足する場合は、行を追加すること。  
 ※1 「雇用形態」欄は、次により記入すること。  
 ・新たに代替職員を雇用する場合→新規 ・派遣社員→派遣 ・既に雇用している非常勤職員の勤務時間の延長等による場合→既非  
 ※2 「経費区分」欄は、給料、共済費、賞金、通勤手当、派遣料等の経費名を記入すること。なお、欄が不足する場合は、追加すること。