

(別記第2-5号)

介護職員実務者研修受講促進事業実績報告書の附票

事業者(法人)名	
実務者研修受講者数	人
代替職員数	人

(単位:円)

No	実務者研修 受講者氏名	実務者研修受講者事業所名 (事業所番号)	代替 職員数	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 配置日数	対象経費支出額 (A)	基準額		選定額 (C)	補助金 交付額 (C)×1/2 ※1,000円未満 端数切り捨て (D)
							代替職員を 確保した日数 (10日間を上限)	基準額 (B)		
1										/
2										
3										
4										
5										
計										

(C)欄には(A)と(B)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」,「代替職員配置日数」欄については,別記第1-6号より転記すること。

※「対象経費支出額」,「基準額」欄については,別記第1-7号より転記すること。

【担当者連絡先】

所属	
役職	
氏名	
TEL	
FAX	
E-Mail	