

勤務先の担当者が記入してください。

（あて先）千葉市長

<証明日>

研修修了日以後、申請書提出日
前の日付を記入してください。
また、証明有効期間は30日間
です。

証明日	令和8年6月20日
法人所在地	千葉市中央区0001-2-3
法人名称	社会福祉法人ちば花見川稲毛
法人代表者	
役職	理事長
氏名	千葉 若葉
※代表取締役、理事など代表者印を押印してください	
記入担当者名	(花見川 友子) 担当者連絡先 (0000-0000)

千葉市介護職
就労先事業所

誤りが多いので、特にご注意ください。

【証明者の押印について】

法人の代表者印を押印してください。（代表取締役之印、理事長印など）

また、勤務先証明欄に訂正が生じた場合は、押印した代表者印での訂正が必要になります。

記

チェックがないと受け付けることが
できません。チェック漏れのないよ
うにしてください。

被雇用者	氏名	千葉 太郎
	住所	千葉市 中央区 千葉港1番1号
	就労開始日 従事日数	令和元年 1 月 1 日から現在も下記の事業所に就労している ・上記開始日から起算して30日以上従事して（ <input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない ） ※30日に満たない場合は、申請ができません。 ・証明日において、退職の予定は（ <input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ） ※退職予定がある場合は日付を記入してください。令和 年 月 日退職予定
雇用形態	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤（パート、アルバイト） <input type="checkbox"/> 派遣 ※相談員や事業所の管理者等は原則対象外です。 いずれかにチェック	
就労先事業所	名称	ちば緑サービス事業所
	所在地	千葉市 緑区 中央2-3
	電話番号	000-000-000
	事業所番号	XXXXXXXXXX

<書き間違えた場合の訂正方法>

- (1)間違えた箇所に二重線を引く。
- (2)その上に正しい文言を書く。
- (3)上記で押印した法人の代表者印を押印する

【研修受講料等の助成に関する証明欄】

上記の者に対する 研修の受講料及び教材費の助成について、以下のとおりであることを証明します。

助成を行っている、または行う予定がある（金額を記入）

助成（予定）額 25,000 円

助成を行っておらず、また、今後行う予定がない

勤務先や法人等で受講費用等
を助成している場合は、その
額を記入してください。同じ
研修費用を重複して助成する
ことはできません。

助成等を行った、または行う
予定の場合、当該助成等に係
る額を確認できる書類が必要
です。

※は該当する項目にチェックしてください。

※申請日において、証明日から一定期間経過している時は、被雇用者の就労状況を照会する場合があります。