

宗像市介護職員等資格取得等支援補助金交付申請書

年 月 日

宗像市長あて

宗像市介護職員等資格取得等支援補助金の交付について、宗像市介護職員等資格取得等支援補助金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

1. 申請者

申請者	フリガナ	
	氏名	
	住所 (住民票上の住所)	
	電話番号	
就業先 事業所	事業所名	
	所在地	宗像市

2. 申請する研修又は資格（該当するものすべてにチェックと日付を記入してください。）

研修	<input type="checkbox"/>	介護職員初任者研修 研修修了日： 年 月 日	<input type="checkbox"/>	介護福祉士実務者研修 研修修了日： 年 月 日
	<input type="checkbox"/>	介護支援専門員実務研修 研修修了日： 年 月 日	<input type="checkbox"/>	介護支援専門員更新研修 (未経験者向け) 研修修了日： 年 月 日
	<input type="checkbox"/>	介護支援専門員専門研修Ⅰ 研修修了日： 年 月 日	<input type="checkbox"/>	介護支援専門員専門研修Ⅱ 研修修了日： 年 月 日
	<input type="checkbox"/>	介護支援専門員更新研修（前期） 研修修了日： 年 月 日	<input type="checkbox"/>	介護支援専門員更新研修（後期） 研修修了日： 年 月 日
	<input type="checkbox"/>	主任介護支援専門員研修 研修修了日： 年 月 日	<input type="checkbox"/>	主任介護支援専門員更新研修 研修修了日： 年 月 日
	<input type="checkbox"/>	介護支援専門員再研修 研修修了日： 年 月 日		
資格	<input type="checkbox"/>	介護福祉士 登録年月日： 年 月 日	<input type="checkbox"/>	介護支援専門員 交付年月日： 年 月 日

※各研修又は資格につき、1人1回まで交付可

宗像市が、暴力団もしくは暴力団員と密接な関係を有する者であるか否かを福岡県宗像警察署に照会することに同意します。

フリガナ			
氏名	(署名または記名押印をお願いします)		印
生年月日	年 月 日	性別	