

(別紙1-3-3)

千葉県介護人材確保対策事業費補助金  
介護福祉士実務者研修に係る代替職員の確保事業 計画書

団体名 \_\_\_\_\_

A	B	C	D	E	F	G
研修受講 予定者名	通学による研修受講期間 (日数・時間数) ←いずれかに○	代替職員を必要 とする日数	代替職員 予定者名	代替職員給与額	代替職員への 給与総額 (C×E)	その他費用
	年 月 ～ 年 月頃 (計 日間・時間)	計 日間・時間		日給・時給 円	円	
	年 月 ～ 年 月頃 (計 日間・時間)	計 日間・時間		日給・時給 円	円	
	年 月 ～ 年 月頃 (計 日間・時間)	計 日間・時間		日給・時給 円	円	
	年 月 ～ 年 月頃 (計 日間・時間)	計 日間・時間		日給・時給 円	円	
					合計 円	合計 円

※A欄－研修受講予定者が未確定の場合は「受講予定者A」「受講予定者B」等の記載で可とする。

※C欄－B欄の通学研修受講に要する日数以内とする。

※D欄－代替職員予定者が未確定の場合は「代替予定者A」「代替予定者B」等の記載で可とする。

※G欄－代替職員予定者ごとに要するその他人件費について記載。