

(別紙3-3-3)

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 実績報告書

団体名 _____

A	B	C	D	E	F	G
研修受講者名 (生年月日)	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 雇用した日数	代替職員名 (生年月日)	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 日)	年 月 ~ 年 月 (計 日間・時間)	計 日間・時間	(年 月 日)	日給・時給 円	円	
(年 月 日)	年 月 ~ 年 月 (計 日間・時間)	計 日間・時間	(年 月 日)	日給・時給 円	円	
(年 月 日)	年 月 ~ 年 月 (計 日間・時間)	計 日間・時間	(年 月 日)	日給・時給 円	円	
(年 月 日)	年 月 ~ 年 月 (計 日間・時間)	計 日間・時間	(年 月 日)	日給・時給 円	円	
※G欄-代替職員ごとに要したその他人件費について金額を記載。					合計 円	合計 円

【添付書類】

- ・研修受講者ごとに、研修受講の事実が確認できるものを添付すること。(例：研修修了証明証の写し等)
- ・代替職員ごとに、代替勤務した日数・時間及び要した給与額が確認できるものを添付すること。(例：出勤簿・タイムカードの写し、給与明細書等)