

様式第1号の2（第6条関係）

年 月 日

（あて先）
新宮市長

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

新宮市介護職員初任者研修受講料助成金受領委任払い同意書

新宮市介護職員初任者研修受講料助成金につきまして、下記の者が受領することに同意します。

※以下は助成金を受領する研修実施事業者又は勤務先事業所が記入して下さい。

新宮市介護職員初任者研修受講料助成金の受領委任払いについて、上記申請者から説明を受け、本助成金を受領することに同意しました。

事業所の所在地 _____

事業所の名称 _____

代表者の氏名 _____

電話番号 _____