参考様式

令和 8 年 12 月 25 日

受講料免除書

以下の者は、令和 8 年度初任者研修における学則〇×条に定める福島県地域医療介護総合確保基金事業補助金の活用を予定しているため、受講料の授受は行っておりません。

No.	受講者氏名	受講開始日	受講終了日	修了証書発行	本人へ説明
01	福島　まる子	R 8 . 5 . 1	R8.11.30	R 8 . 12 . 1	済（12/1）
02	郡山　福子	R 8 . 8 . 9	R8.12.25	R 9 . 1 . 8	済（1/8）
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

法人名　社会福祉法人福島〇〇
代表　福島　●太郎

社会福祉法人
福島　〇〇

参考様式

令和８年度介護職員　　研修

（主　催）収　支　予　算　書

この事業ではすべての項目で消費税抜きを記載してください

1.収入

	項目	金額	積算内訳	備考
1	受講料（補助対象）		@　　×	補助金予定額
2	自己財源			
	合　　計			

支出に記載できるのは実績報告時領収書を添付できるものだけです。

2.支出

	項目	金額	積算内訳	備考
1	報償費			
2	需用費			
3	役務費			
4	その他			
	合　　計			

テキスト代や保険料、補助対象外の受講料等、受講者から徴収したものが該当します

3.その他の収入

	項目	金額	積算内訳	備考
1				
2				
	合計			

総事業費	

上記の通り相違ありません

令和　　年　　月　　日

法人名　社会福祉法人福島〇〇

代表　　福島　　●太郎

社会福祉法人
福島　〇〇

参考様式

令和８年度介護職員　　研修

（主　催）収　支　決　算　書

この事業ではすべての項目で消費税抜きを記載してください

1.収入

	項目	金額	積算内訳	備考
1	受講料（補助対象経費）		@　　×	
2	自己財源			
	合　　計			

支出に記載できるのは実績報告時領収書を添付できるものだけです。

2.支出

	項目	金額	積算内訳	備考
1	報償費			
2	需用費			
3	役務費			
4	その他			
	合　　計			

テキスト代や保険料、補助対象外の受講料等、受講者から徴収したものが該当します

3.その他の収入

	項目	金額	積算内訳	備考
1				
2				
	合計			

総事業費	

上記の通り相違ありません

令和　　年　　月　　日

法人名　社会福祉法人福島〇〇

代表　　福島　　●太郎

社会福祉法人
福島　〇〇

参考様式

委　任　状

委任受ける方の名前・住所・法人名

（受任者）

住所
名称
職氏名　　印

私は、上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。

口座名義人が債権機関名、代表者名＝申請者名と一致しない場合は、委任状の提出が必要です
押印の上、原本を郵送してください

委　任　事　項

1　福島県地域医療介護総合確保基金事業補助金（介護人材確保対策事業）の受領に関すること

令和　年　月　日

福島県知事　様

委任される方の名前・住所・法人名

（委任者）

住所
名称
職氏名　　印

参考様式

受講証明書

令和×年 11 月〇日

法 人 名　社会福祉法人福島
所　　属　特別養護老人ホーム〇〇〇
受講者名　福島　太郎

上記の者は、下記の通り、研修を受講したことを証明します。

1　研 修 名	〇〇研修会
2　場　　所	特別養護老人ホーム〇〇〇会議室
3　受講期間	令和×年９月△△日（火）１１時２０分～１６時３０分
4　主催者名	一般社団法人福島県老人福祉施設協議会

令和×年９月×日

法 人 名　社会福祉法人福島
代表者役職・名　理事長　　〇×　△△△△

社会福祉法人
福島　〇〇

参考様式

オンライン出席証明書

令和×年 11 月〇日

法 人 名　**社会福祉法人福島**
所　　属　特別養護老人ホーム〇〇〇
受講者名　**福島　太郎**

上記の者は、下記の通り、オンラインで研修を受講したことを証明します。

1　研 修 名	令和×年度 カスタマーハラスメント研修 ～ 現場 職員の ため のカス ハラ 対応～ （オンライン研修）
2　場　　所	特別養護老人ホーム〇〇〇会議室
3　受講期間	令和×年１１月△△日（木）１３時１５分～１６時３０分
4　主催者名	社会福祉法人福島県社会福祉協議会

令和×年 11 月〇日

法 人 名　**社会福祉法人福島**
代表者役職・名　理事長　　〇×　△△△△

社会福祉法人
福島　〇〇