

(第9 関係書類)

介護支援専門員法定研修受講料 支払証明書

年 月 日

(宛先) 長野市長

介護支援専門員法定研修受講料について、次のとおり受講者に正に支払いました。

法人名		
代表者	職名	氏名
事務取扱者	氏名	連絡先

法人が介護支援専門員法定研修受講経費を負担した内容

介護支援専門員 法定研修 受講者氏名	事業所種別	介護支援専門員 法定研修名称	支払年月日	法人が負担した 受講料
	事業所名			
			年 月 日	円
			年 月 日	円
			年 月 日	円
			年 月 日	円
			年 月 日	円
合計				円

※領収書や給与明細等で、法人が受講料の全額を負担したことが証明できない場合、この証明書を提出してください。
※支払証明書に併せて、法定研修実施団体が作成した領収書を提出してください。