別紙（１）

介護職員初任者研修受講支援事業　業務実施誓約書（受講者本人）

令和　　年　　月　　日

宮城県知事　村　井　嘉　浩　殿

住所

氏名

年度介護職員初任者研修受講支援事業について、下記のとおり介護業務に従事した事に相違ありません。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １　介護業務に従事した事業所  （施設）等の名称 | |  |
| ２　業務の従事期間 | | 年　　　月　　　日から  　年　　　月　　　日（まで）  （現在就業中） |
| ３　従事した業務の内容 | |  |
| ４　受講した介護職員初任者研修 | | |
| 指定事業者名 |  | |
| クラス名 |  | |
| 種別名 | 通学　　・　　通信 | |
| 研修期間 | 年　　　月　　　日から　　　　年　　　月　　　日まで | |