（様式第６号）

年　　月　　日

資格取得支援金登録申込書

豊 中 市 長　　様

法人名
法人住所
代表者の職・氏名
電話番号

標記について、下記のとおり資格取得支援金の登録を申し込みます。

記

１．対象者

事業所名	
所在地	豊中市
サービス種類	
資格取得者氏名	
雇用（予定）年月日	年　　月　　日
資格の種類	□介護職員初任者研修　　□介護福祉士実務者研修 □その他（　　）