　年　月　日

（宛先）桑名市長

受講料の支払いについて

|  |  |
| --- | --- |
| 対象年度 |  |
| 研修名 |  |
| 受講料 |  |
| 事業所負担額 |  |
| 所属事業所名 |  |
| 法人名 |  |

上記の通り相違ないことを証明します。

　　　　　　　　　　　　　　事　業　者　名

　　　　　　　　　　　　　　事　業　所　名

　　　　　　　　　　　　　　介護支援専門員名　　　　　　　　（自署又は記名押印）