

送信先⇒ メール：mail@mcma.or.jp または FAX：022-716-0717

教育訓練給付制度 給付希望者連絡書

記入日 令和 年 月 日

氏名	
生年月日	
介護支援専門員番号 (実務研修は受験番号)	
連絡先 TEL	
給付希望講座	以下のいずれか1つにチェックを入れてください。 ★ 特定一般教育訓練 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 実務研修 <input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員研修 <input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員 更新研修 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 更新研修 I・II (88時間) <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 更新研修 II <input type="checkbox"/> 介護支援専門員更新研修 (実務未経験者対象) ☆ 一般教育訓練 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 専門研修 I
(上記で★を選択の方) 事前手続きについて	研修初日1か月前までの手続きは済んでいますか？ <input type="checkbox"/> はい (申請可) <input type="checkbox"/> いいえ (要備考)
備考	

※こちらの連絡書では研修申込および給付申請は完了しません。

※研修修了時に修了証明書とあわせて給付申請の必要書類をお渡します。

※★の給付希望で研修初日1か月前までの手続きが済んでいない場合には給付は受けられません。詳細は制度リーフレットやお住まいの地域のハローワークへお問い合わせください。