

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	
ケアマネ番号又は受験番号 あれば受講番号	
連絡先 TEL	
給付希望講座	以下の <u>いずれか1つ</u> にチェックを入れてください。 ★ 特定一般教育訓練 <input type="checkbox"/> 1 介護支援専門員 実務研修 <input type="checkbox"/> 2 主任 介護支援専門員研修 <input type="checkbox"/> 3 主任 介護支援専門員 更新 研修 <input type="checkbox"/> 4 介護支援専門員 更新研修 I・II （88時間） <input type="checkbox"/> 5 介護支援専門員 更新研修 II <input type="checkbox"/> 6 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"/> 7 介護支援専門員 専門研修 I
★特定一般教育訓練のみ 事前手続きについて	ハローワークでの事前手続き(※1)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の申込および給付の申請は完了しません。

※ 連絡書の提出があった方へ、研修修了時に給付申請の必要書類をお渡しします。

※1 研修初日 1 か月前までの事前手続きが済んでいない場合は給付申請が認められません。詳細はリーフレットやお住まいの地域のハローワークでご確認ください。