参考様式１

年　　月　　日

清須市長　様

（申請者）所　在　地

名　　　称

代表者氏名

誓　約　書

　（私・当法人・当団体）は、清須市介護支援専門員研修費補助金の交付の申請をするにあたり、下記の事項について、誓約します。

記

１　補助金の対象となる研修を修了した者（以下「研修修了者」という。）を市内の事業所で研修の修了後５年以上雇用します。

２　研修修了者が清須市介護支援専門員研修費補助金交付要綱第９条第１項第２号に該当した場合には、研修修了者の勤務年数に応じて補助金を返還します。