参考様式

誓　　約　　書

私は、登米市介護職員初任者研修等受講料助成金の交付を申請するに

あたり、研修終了後６か月以内に市内介護事業所に介護職員として従事するこ

とを誓約いたします。

登米市長　様

　　年　　月　　日

住　所

氏　名

＊　事情により介護職員に従事することができなくなっても、必ずしも補助金の返還を求めるものではありません。