

年 月 日

誓約書・同意書

以下の内容を確認し、いずれかにチェックしてください。

はい	いいえ	誓約・同意事項
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 申込内容に虚偽はありません。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 喀痰吸引等研修に要した受講料について、当事業者が全額を負担しています。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 認定特定行為業務従事者認定証の交付を受けている者（以下「被交付者」という。）について、市川市又は他の地方公共団体から喀痰吸引等研修の受講に係る費用の助成を受けていません。 ※ 次に掲げる場合に該当するときは、補助金の交付対象となります。 (1) 被交付者が、過去に助成を受けた際の被交付者と異なる場合 (2) 喀痰吸引等研修の課程の区分が、過去に助成を受けた際の区分と異なる場合
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 今後、社会福祉士及び介護福祉士法附則第27条第1項の規定による千葉県知事の登録を受ける意思があります。 ※ 既に千葉県知事による登録を受けている場合は、チェック不要です。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 被交付者について、申込日以後も引き続き現在の事業所で勤務させ、喀痰吸引等の行為を行わせる意思があります。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 本補助金の審査に当たり、市川市に追加資料を提出すること及び市川市が必要な調査を行うことに同意します。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 本補助金の交付要件に該当しない事実が判明した場合は、交付決定の取消し及び補助金の返還に応じます。

(申込者)

所在地

事業者名

代表者氏名

電話番号