様式第８号

介護員養成研修 事業休止届

　　　年　　月　　日

岐阜県知事　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 届出者 | 主たる事務所の所在地 |  |
|  | 法人の名称 |  |
|  | 代表者職氏名 |  |

　　　　　　　年　　月　　日付け　　第　　　号　　により指定を受けた介護員養成研修事業について、岐阜県介護職員初任者研修事業者指定要綱第８条の規定により届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者番号 |  |
| 事業所名 |  |
| 研修課程  （該当する研修課程を〇で囲むこと。） | 介護職員初任者研修課程  生活援助従事者研修課程 |
| 研修の形式 | 通学　　・　　通信 |
|  |  |
| 休止決定日 | 年　　月　　日 |
| 休止理由 |  |
| 再開見込み | 有　・　無 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当者連絡先  担当部署名 : |  | 担当者名 　: |  |
| 電話番号 : |  | メール  アドレス : |  |