

別紙様式 1-2

平成 年 月 日

岐阜県社会福祉協議会会長 様

所在地
名称

代表者名



(事業所名)

(事業所番号)

)

)

平成30年度 岐阜県介護職員資質向上支援事業支援申請書 (課題別研修)

岐阜県介護職員資質向上支援事業による支援を受けたいので、次のとおり申請します。

研修名					
開催期日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
研修受講者 ※1事業所あたり 届出非資格者2名、 その他1名、 合計3名まで		(フリガナ) 氏 名	職 名	業務内容 ※該当するものに○	(注1)届出制度の 対象資格の有無
	①			介護 その他	有・無
	②			介護 その他	有・無
	③			介護 その他	有・無
支援申請額	研修費 (@) 円 × 1 / 2 × () 人 = () 円				
問い合わせ先	職名		氏名		
	連絡先	〒 - TEL () - / FAX () -			

【注意事項】

- ①職名の欄には、「介護職」等の職種をご記入ください。
 - ②受講者の業務内容について、「介護・その他」の該当するものに○をつけてください。なお、「介護」と「その他」の業務を兼務されている場合は、両方に○をつけてください。
 - ③本会以外の研修機関が実施する研修について申請される場合は、別途「研修開催要綱」等を貼付してください。
 - ④申請書は、押印の上、郵送で送付してください。(FAX不可)
- (注1)・・・介護福祉士、介護職員初任者研修、介護職員実務者研修、旧ホームヘルパー養成研修1級・2級課程、旧介護職員基礎研修について資格の有無をご記入ください。