

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

印

(事業所名)

(事業所番号)

平成28年度 岐阜県介護職員資質向上支援事業支援申請書

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 2名まで		氏名	職名 業務内容 ※該当するものに○をつける
	①		介護・その他
	②		介護・その他
支援申請額	参加費 (@) 円 × 1 / 2 × () 人 = () 円 ※テキスト代を含む		
問い合わせ先	職名		氏名
	連絡先	〒 - TEL () - / FAX () -	

【注意事項】

- ①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。
- ②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。
- ③申請書は、押印の上、郵送で送付してください。(FAX不可)

