第3号様式(第4関係)

（　文　書　番　号　）

令和　　年　　月　　日

　青　森　県　知　事　殿

郵便番号

住 所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏　名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

電話番号

事業者指定番号及び指定年月日

介護員養成研修事業廃止届出書

（初任者研修・生活援助従事者研修）

　介護員養成研修事業を廃止したので、介護保険法施行令第3条第2項第2号ロの規定に基づき、下記のとおり届けます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 廃止した日 | | 令和　　年　　月　　日（※この日から10日以内に届出） |
| 廃止の理由 | |  |
| 事業廃止後の連絡先  修了証明書の発行体制事務担当者 | 部署名 |  |
| 担当者職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX |  |
| メールアドレス |  |
| 対応時間 |  |
| 修了者への  周知 | 対象者数 |  |
| 周知方法 |  |
| 実施年月日 |  |

注1　この様式は、研修事業を廃止した場合（研修を実施しないことが明らかとなったとき）に使用すること。

2　廃止した日から10日以内に届け出ること。