第4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休止届出書

（初任者研修・生活援助従事者研修）

　介護員養成研修事業を休止したので、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

　1　研修の名称

　2　休止年月日　　　　年　　月　　日

3　休止予定期間　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日

　4　休止理由

　注1　この様式は、休止した場合（研修を年1回以上実施しないことが明らかであってかつ廃止する予定のないとき）に使用すること。

　　2　休止した日から10日以内に届け出ること。

|  |
| --- |
| 担当者名  TEL  FAX |