第5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再開届出書

（初任者研修・生活援助従事者研修）

　介護員養成研修事業を再開したので、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　再開年月日

注1　この様式は、研修を再開した場合に使用すること。

2　再開した日から10日以内に届け出ること。

|  |
| --- |
| 担当者名  TEL  FAX |