様式第24号

福岡県介護員養成研修廃止届

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

福岡県知事　　殿

所 在 地

事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者番号

代表者の職・氏名

（記名押印又は代表者による署名）

　（介護職員初任者研修・生活援助従事者研修）について、下記のとおり廃止したので、福岡県介護員養成研修事業者指定要綱第１２条第１項の規定により届け出ます。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 廃止した日 | | | 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 |  |
| ファクシミリ番号 |  |
| 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 | 年　　月　　日 |
| 県に対する未提出書類 | | | 年　　月　　日までに提出予定 |