様式第22号

福岡県介護員養成研修休止届

　　　　　　　　　　　　　　　　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、下記のとおり休止したので、福岡県介護員養成研修事業者指定要綱第１０条の規定により届け出ます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 休止した日 | | 年　　月　　日（※この日から１０日以内に届出） |
| 休止予定期間 | | 休止した日　から　　　　年　　月　　日まで |
| 休止の理由 | |  |
| 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 |  |
| 休止中の連絡先 | 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 |  |