様式第23号

福岡県介護員養成研修再開届

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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

　　　　　年　　月　　日付けで休止届を提出した（介護職員初任者研修・生活援助従事者研修）について、下記のとおり研修を再開するので、福岡県介護員養成研修事業者指定要綱第１１条第１項の規定により届け出ます。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 最初に実施する研修 | 募集期間 | | 開始：　　　　年　　月　　日（※この日の６０日前までに計画書提出）  終了：　　　　年　　月　　日 |
| 研修期間 | | 開始：　　　　年　　月　　日  終了：　　　　年　　月　　日 |
| 再開の理由 | |  | |
| 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 | |  |