

介護員養成研修指定事業者 **休止**・再開・廃止届

法人で文書番号を取得している場合は記載してください。

第●号

令和●年●月●日

群馬県知事 あて

休止決定後10日以内に届出ください。

(申請者)

郵便番号

〒●●●●-●●●●

所在地

群馬県前橋市大手町●●

法人名

株式会社●●

代表者職・氏名

▲▲ ▲▲

担当者名

▲▲ ▲▲

電話番号(担当)

●●●●-●●●●-●●●●

令和●年●月●日付け群馬県指令●●第●-●号で指定を受けた介護員養成研修指定事業者について、下記のとおり**休止**・再開・廃止したいので、群馬県介護員養成研修事業者指定要領第11条第1項の規定により届け出ます。

記

- 1 研修課程 **介護職員初任者研修課程**・生活援助従事者研修課程
- 2 届出事項発生の時期(休止の場合は、予定期間も記載すること)

令和●年●月●日

(研修休止予定期間 令和●年4月1日 ~ 令和●年3月31日)

- 3 届出事項発生の理由

令和●年度は、研修事業を実施しないため。

- 4 (廃止の場合) 今後の担当部署及び連絡先

担当部署

連絡先

※ 休止・再開・廃止のいずれかを丸で囲むこと。
本文中の条文の項については次のとおりとすること。
「休止」⇒第1項、「再開」⇒第2項、「廃止」⇒「第3項」

介護員養成研修指定事業者 休止・再開・廃止届

法人で文書番号を取得している場合は記載してください。

第●号

令和●年●月●日

群馬県知事 あて

休止決定後10日以内に届出ください。

(申請者)

郵便番号

〒●●●●-●●●●

所在地

群馬県前橋市大手町●●

法人名

株式会社●●

代表者職・氏名

▲▲ ▲▲

担当者名

▲▲ ▲▲

電話番号(担当)

●●●●-●●●●-●●●●

令和●年●月●日付け群馬県指令●●第●-●号で指定を受けた介護員養成研修指定事業者について、下記のとおり休止・再開・廃止したいので、群馬県介護員養成研修事業者指定要領第11条第2項の規定により届け出ます。

記

- 1 研修課程 介護職員初任者研修課程・生活援助従事者研修課程
- 2 届出事項発生の時期(休止の場合は、予定期間も記載すること)

令和●年●月●日

(研修休止予定期間 [] ～ [])

- 3 届出事項発生の理由

令和●年度は、研修事業を再開するため。

- 4 (廃止の場合) 今後の担当部署及び連絡先

担当部署

連絡先

※ 休止・再開・廃止のいずれかを丸で囲むこと。
本文中の条文の項については次のとおりとすること。
「休止」⇒第1項、「再開」⇒第2項、「廃止」⇒「第3項」

介護員養成研修指定事業者 休止・再開・**廃止届**

法人で文書番号を取得している場合は記載してください。 第●号
令和●年●月●日

群馬県知事 あて

休止決定後10日以内に届出ください。

(申請者)
郵便番号 〒●●●●-●●●●
所在地 群馬県前橋市大手町●●
法人名 株式会社●●
代表者職・氏名 ▲▲ ▲▲
担当者名 ▲▲ ▲▲
電話番号(担当) ●●●●-●●●●-●●●●

令和●年●月●日付け群馬県指令●●第●-●号で指定を受けた介護員養成研修指定事業者について、下記のとおり休止・再開・**廃止**したいので、群馬県介護員養成研修事業者指定要領第11条第3項の規定により届け出ます。

記

- 1 研修課程 **介護職員初任者研修課程**・生活援助従事者研修課程
- 2 届出事項発生の時期(休止の場合は、予定期間も記載すること)
令和●年●月●日
(研修休止予定期間 ~)
- 3 届出事項発生の理由
今後、研修事業を実施しないため。
- 4 (廃止の場合) 今後の担当部署及び連絡先
担当部署 ●●支所●●課
連絡先 ●●●●-●●●●-●●●●

※ 休止・再開・廃止のいずれかを丸で囲むこと。
本文中の条文の項については次のとおりとすること。
「休止」⇒第1項、「再開」⇒第2項、「廃止」⇒「第3項」