

介護員養成研修 中止届

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

中止決定後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

代表取締役 ●● ●●

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について、下記のとおり中止するので、群馬県介護員養成研修事業者指定要領第9条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 指定研修番号

20●●-●●

3 研修開始日

令和●年●月●日

4 中止理由

応募者数が最低催行人数(●名)に満たなかったため。