居宅介護職員初任者研修等事業中止届

年　　月　　日

愛知県知事　殿

届出者

住　　所　〒

名　　称

代表者職氏名

　　　　年　　月　　日付け　　障福第　　　　　号で　指定　・　承認　された下記の研修について、開催を中止しますので、愛知県居宅介護職員初任者研修等事業者指定要綱第７条第５項の規定により届け出ます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 研修事業者指定番号 |  |
| ２ | 研修の種類 |  |
| ３ | 研修の名称 |  |
| ４ | 募集開始日 | 年　　月　　日（　募集開始前　・　募集開始済　） |
| ５ | 研修期間 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 |
| ６ | 中止の理由 |  |
| ７ | 募集開始後の場合は  申込者の有無 | あり（　　　人）　・　なし |
| ８ | 募集開始後の場合は  中止の周知方法 |  |
| ９ | 申込者への説明状況 |  |
| 10 | 事務担当者連絡先 | 担当者氏名  電話番号　（　　　　）　　　　－  電子メール |