

別紙様式 1

令和 年 月 日

岐阜県社会福祉協議会会長 様

所在地  
名称

代表者 職・氏名



(事業所名 )

(事業所番号 )

岐阜県介護職員資質向上支援事業支援申請書

岐阜県介護職員資質向上支援事業による支援を受けたいので、次のとおり申請します。

研修名			
開催期日	令和 年 月 日		
研修受講者	(フリガナ) 氏 名		
	職 種※1		
	業務内容※2	介護・その他	
支援申請額	研修費 (@ ) 円 × 1 / 2 = ( ) 円 ※テキスト代を含む		
問い合わせ先	職名		氏名
	連絡先	〒 - TEL ( ) - / FAX ( ) -	

【注意事項】

- ①※1職種の欄には、「介護職」等の職種をご記入ください。
- ②※2受講者の業務内容について、「介護・その他」の該当するもの選択してください。なお、「介護」と「その他」の業務を兼務されている場合は、両方を選択してください。
- ③申請書は、押印の上、郵送で送付してください。(FAX不可)