別紙様式　１

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　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（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 | 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×（　　　）人＝（　　　　　　）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）

別紙様式　２

岐阜県介護職員資質向上支援事業支援決定通知書

第　　　号

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　様

岐阜県社会福祉協議会会長

　先に申請のありました岐阜県介護職員資質向上支援事業については、下記のとおり支援することに決定したので通知します。

記

　１　研　修　名

　２　開催年月日　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

３　支援対象者氏名　　　　　職種　　　　　　　　氏名

４　研修費（テキスト代を含む）（Ａ）　　　　　　　　　　　　円

　　５　支援額（ひとりあたり） 　（Ｂ）　　　　　 　　　　　　 円

　　６　研修機関に納付する額（A）－（B）＝（C） 円

　　７　納付先研修機関