別紙様式　１

　　　年　　月　　日

　　岐阜県社会福祉協議会会長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者名　　　　　　　　　　　　　　　印

岐阜県介護福祉士等届出者カムバック支援事業申請書

岐阜県介護福祉士等届出者カムバック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　～　　　　年　　　月　　　日 |
| 研修受講者（届出者） | （フリガナ）氏　　　名 | 生年月日（西暦） |
|  | 　西暦　　　　　年　　　月　　　日 |
| 申請額 | 研修費（＠　　　　　　）円×全額＝（　　　　　　　）円（テキスト代含む） |
| 現在の状況※いずれかに〇を付けてください | 離職中　　・　　就業中 |
| 連　絡　先（書類送付先） | 〒　　　　－　　　　　　ＴＥＬ（　　　　）　　－　　　　　／ＦＡＸ（　　　　）　　－ |
| 【アンケート】　※いずれかにチェックをつけてください。岐阜県福祉人材総合支援センターからの求人（登録事業所）や福祉関連のイベント等の情報提供を□　希望する　　□　希望しない |

【注意事項】

介護福祉士等届出制度に未登録の方は申請前にご登録ください。

「福祉のお仕事」ホームページ→「届出者(介護)の方」から登録https://www.fukushi-work.jp/

別紙様式　２

岐阜県介護福祉士等届出者カムバック支援事業決定通知書

岐県社協第　　　号

平成　　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福祉士等届出者カムバック支援事業については、下記のとおり助成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　　　　　　　　平成３０年　　月　　日（　　）

３　支援対象者氏名　　　　　　氏名

４　研修費（テキスト代含む） （Ａ）　　　　　　　　　　　　円

　　５　県社協負担額　　　　　 　（Ｂ）　　　　　 　　　　　　 円

　　６　納付額　　　　　　（A）－（B）＝（C） 円

参加費は全額県社協負担のため納付の必要はありません。