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　　　　　　　　　　　　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 | 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）