様式1

　　年　　月　　日

生活支援型訪問サービス従事者養成研修計画承認申請書

（宛先）今治市

住　　所

研修実施(代表)事業者

　　法 人 名

代表者名

今治市生活支援型訪問サービス従事者養成研修を実施したいので、次のとおり申請いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修実施事業所等 | ① | 事業所名 | |  | 事業所番号 |  |
| 代表者名 | |  | 連 絡 先 |  |
| ② | 事業者名 | |  | 事業所名 |  |
| ③ | 事業者名 | |  | 事業所名 |  |
| ④ | 事業者名 | |  | 事業所名 |  |
| ⑤ | 事業者名 | |  | 事業所名 |  |
| 研修実施日時(予定) | | | 年　　月　　日 （　曜日）　時　分から  ～　　年　　月　　日 （　曜日）　時　分まで  （総研修時間　　　時間程度） | | | |
| 研修実施予定場所 | | | 住　　所：  連 絡 先： | | | |
| 受講申込窓口(代表) | | | 住　　所：  事業所名：  連 絡 先： | | | |
| 受講申込方法 | | | * 窓口提出　・　□ メール　・　□ 郵送　　（複数選択可） | | | |
| 受講申込期限 | | | 年　　月　　日まで | | | |
| 受講者数の上限 | | | 人（超過の場合、　　　） | | | |