（別記第１０号様式）

重度訪問介護従業者養成研修

休止・再開・廃止届出書

年　　月　　日

　熊本県知事　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業者 | 住　　所  (法人の主たる事務所の所在地) | 〒 |
| 氏　　名  (法人名称及び代表者職氏名) |  |
| TEL |  |
| FAX |  |

指定を受けた研修事業について、次のとおり（　休止　・　再開　・　廃止　）しましたので、届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | 名称 |  | | | |
| 所在地 |  | | | |
| 連絡先 | TEL |  | FAX |  |
| 研修事業の名称 | |  | | | |
| 休止・再開・廃止した年月日 | | 年　　　　月　　　日 | | | |
| 休止・廃止した理由 | |  | | | |
| 休止予定期間 | | 年　　月　　日　から　　　　年　　月　　日まで | | | |

注１　休止・再開・廃止の日から、１０日以内に届け出てください。

　２　「休止・廃止した理由」欄は、休止又は廃止の場合に記入してください。

　３　「休止予定期間」欄は、休止の場合に記入してください。