様式第２号（第６条関係）

富良野市介護人材育成支援事業計画書

年　　月　　日

（宛先）富良野市長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （申請者） | 住　　所 |  |
|  | 法人名 |  |
|  | 代表者職・氏名 |  |
|  | 電話番号 |  |

　　　　　　　年度富良野市介護人材育成支援事業を次のとおり実施する。

|  |  |
| --- | --- |
| １　事業の目的及び内容 | * 介護職員初任者研修の受講 * 介護職員実務者研修の受講 * 受講者に係る教材費 |
| ２　支援を受ける介護職員等の氏名及び職種等、ただし第４条第２号に基づく申請の場合は事業所名、職種、勤続年数は不要 | 氏　名：  住　所：  生年月日：  事業所名：  職　種：  勤続年数： |
| ３　研修の予定日 | 年　　月　　日から |
| ４　交付申請額及び算出方法 | 交付申請額：　　　　　　　円  算出方法： |