

障がい者居宅介護従業者基礎研修事業廃止届出書

※府提出日とすること

年 月 日

大阪府知事 様

主たる事務所の所在地

商号又は名称

代表者職・名

印

大阪府居宅介護職員初任者研修等事業者指定要綱第15条第1項の規定により、下記研修の廃止を届け出ます。

なお、現時点において、実績報告などの本府に提出すべき書類の漏れが一切ないことをここに申し添えます。

研修の名称	障がい者居宅介護従業者基礎研修
指定番号	
廃止年月日	
廃止の理由	

廃止後に修了者が修了証明書を亡失・き損した場合の取扱責任者及び連絡先	所属名： 氏名： 電話： ファックス： メールアドレス：
------------------------------------	--