（様式１）

平成　年　月　日

岩手県社会福祉協議会高齢者福祉協議会

平成30年度介護助手養成研修事業　「申請書」

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法人名 |  | |
| 施設名 |  | |
| 代表者名 | （役職）　　　　　　（氏名）　　　　　　　　　　印 | |
| 施設所在地  連絡先 | 〒　　　-  TEL：　　　　　　　　　　FAX： | |
| 実施予定時期 | 【基礎研修】（最長3日間）  1日目：平成　　　年　　　月　　　日　頃  2日目：平成　　　年　　　月　　　日　頃  3日目：平成　　　年　　　月　　　日　頃  【実践研修】（最長3日間）  　1日目：平成　　　年　　　月　　　日　頃  　2日目：平成　　　年　　　月　　　日　頃  3日目：平成　　　年　　　月　　　日　頃 | |
| 講師の確保  ※　仮予定可  ※　別紙参照可 | カリキュラム名 | 講師氏名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 助成希望額 | 円（上限10万円） | |
| 経費の内訳 | ※　別紙参照可 | |