（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 |