（様式第６号）

○○年○○月○○日

石川県知事　○　○　○　○　　様

（所在地）〒

（法人名）

（代表者名）

（電　話）

介護員養成研修事業廃止・休止・再開届

○○年○○月○○日付け厚第○○○○号で指定を受けました介護員養成研修事業について、下記のとおり（廃止・休止・再開）したいので届け出ます。

記

１　研修の名称

２　届出事項発生の時期（休止の場合は、予定期間も記載のこと。）

○○年○○月○○日

３　届出事項発生の理由

４　添付書類

連絡先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当部署

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号