

様式第3号（第15条関係）

重度訪問介護従業者養成研修事業廃止届出書

年 月 日

大阪府知事 様

主たる事務所の所在地

法人・団体名

代表者職・名

大阪府重度訪問介護従業者養成研修事業者指定要綱第15第1項の規定により、下記研修事業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。

研修事業の名称	重度訪問介護従業者養成研修（ 課程）
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・毀損した場合の 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：
--	--