様式14（要綱第10条第２項関係）

**介護員養成研修休講届出書**

第　　　　　　号

　　　年　月　日

茨城県知事　　　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者　郵便番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　研修担当者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Fax

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Eメール

　　　　　年　　月　　日付け　　第　　　　　号で指定を受けた介護員養成研修について，休講しますので，茨城県介護員養成研修事業指定要綱第10条第２項の規定により届け出ます。

記

１　休講の理由

２　添付書類