様式第１号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　日

交野市長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（事業所名　　　　　　　　）

交野市介護職員喀痰吸引等研修受講実施計画書

　助成金交付要綱第５条の規定に基づき，次のとおり提出します。

１．資格取得年月（予定）

　　　　　年　　　月

２．受講期間（予定）

・基本研修　　　　　年　　　月　～　　　　　　年　　　月

・実地研修　　　　　年　　　月　～　　　　　　年　　　月

３．研修受講者

・氏名

４．実地研修の対象者

・住所

・氏名

・障がい福祉サービス受給者証番号

５．受講料等

・基本研修　　　　　　　　円

・実地研修　　　　　　　　円

添付書類

受講料等の内訳がわかる資料等