

別記様式第4号(第9条関係)

市外研修機関受講申出書

年 月 日

名寄市長 様

〒

住所

助成対象者 氏名

(受講者) 電話

特別の事情のため、名寄市内研修機関で開催される介護職員研修を受講できませんので、名寄市介護職員研修受講費用助成金等交付要綱第9条の規定により、次のとおり市外研修機関での受講を申出ます。

記

1 研修種別

初任者研修

実務者研修

2 受講予定研修機関

\_\_\_\_\_

3 受講期間

\_\_\_\_\_年 月 日から \_\_\_\_\_年 月 日まで

4 市外研修機関での受講を要する理由

※提出にあたっては受講案内等を添付すること。