**様式第５号**

 　　　　年　　月　　日

　島　根　県　知　事　様

 申請者

 所在地（又は住所）

 法人名（又は氏名）

 代表者氏名　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　（担当者氏名　　　　　連絡先　　　　　）

介護員養成研修事業（廃止・休止）届

　介護員養成研修事業を（廃止・休止）しますので下記のとおり届け出ます。

記

１（廃止・休止）　する事業年度

２（廃止・休止）　の理由

３　休止の予定期間（休止の場合に限る）