

管理者の欠員申立書

令和 年 月 日

鹿児島県社会福祉協議会会長 殿

法人の所在地:

法人名:

法人印

法人代表者の

職名・氏名

記入担当者名()

電話番号(- -)

下記のとおり、管理者が欠員の状態であることを申し立てます。

記

1 事業所名 ()

2 欠員となる者について

(1)研修修了者氏名()

(2)管理者に就くために修了した研修(該当する研修を記入)

ア 痴呆介護実務者研修基礎課程 修了証書番号 第 号

イ 認知症介護実践者研修 修了証書番号 第 号

ウ 認知症高齢者グループホーム管理者研修 修了証書番号 第 号

エ 認知症対応型サービス事業管理者研修 修了証書番号 第 号

(3) 管理者としての就業期間 平成・令和 年 月 ~ 令和 年 月

3 欠員になった時期 平成・令和 年 月 日

4 欠員の理由等()

5 後任予定者名() ※今回の受講申込者

※ 管理者の異動等を証明する、現任者と後任者の辞令等の写しを添付ください。

※ 退職の場合は、上記に併せて退職願も添付ください。