

(管理者, 計画作成担当者) 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

法人等の名称
所在地
代表者職・氏名
記入担当者名 ()
電話番号 (- -)

法人印

認知症介護実践者研修を修了した管理者及び計画作成担当者が、下記のとおり、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) 氏名 () (管理者, 計画作成担当者)

(2) 認知症介護実践者 (実務者) 研修 修了証書番号 第 号
※ 旧痴呆介護実務者研修 (基礎課程) 含む

(3) 就業期間 年 月 ~ 年 月

3 欠員になった時期 (または予定) 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

※ 管理者又は計画作成担当者の異動の場合、現任・後任の管理者又は計画作成担当者の異動を証明する辞令等の写しを添付してください。

※ 退職の場合は、本用紙と併せて退職辞令又は、退職願を添付ください。