

《令和2年度岡山県地域医療介護総合確保基金事業》

一般社団法人 岡山県老人保健施設協会

アセッサー講習費用助成申込書

令和 年 月 日

一般社団法人 岡山県老人保健施設協会
会長 秋山 正史 殿

(法人住所)

(法人名)

(法人代表者名)

印

下記のとおり、介護プロフェッショナルキャリア段位制度におけるアセッサー講習費用の助成を申込致します。

施設・事業所名			
代表者名			
施設・事業所 住所	〒		
	(TEL)	(FAX)	
岡山県老健協の会員となる老健施設名			
受講者氏名	受講者ID		
問い合わせ窓口担当者	(TEL)		

【申し込みの注意】

- (1) 必ず、法人の代表社印を押印の事
- (2) 助成対象として今回申し込む受講者が、岡山県老健協の正会員が運営している施設・事業所に現に勤務していること。
- (3) アセッサー受講費用を施設が全額負担していること
- (4) 岡山県の要請により、助成対象となったアセッサー受講者の氏名を県へ提示する。
- (5) 申し込みが多数な場合は、選考により対象者を決定する。(定員10名)

※申込期限 : 令和2年12月11日