

【平成 30 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

平成 年 月 日

一般社団法人 岡山県老人保健施設協会

会長 江 澤 和 彦 殿

(法 人 住 所)

(法 人 名)

(法人代表者名) 印

下記の通り、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し込みいたします。

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	受講日程 ※いずれかに○して下さい	
		第 1 期(8 月上旬～) ・ 第 2 期(10 月中旬～)	
		第 1 期(8 月上旬～) ・ 第 2 期(10 月中旬～)	
		第 1 期(8 月上旬～) ・ 第 2 期(10 月中旬～)	
		第 1 期(8 月上旬～) ・ 第 2 期(10 月中旬～)	
問い合わせ窓口担当者名	(TEL)		

《申し込みの注意》

- (1) 助成申し込み締切日：平成 30 年 10 月 10 日
- (2) 必ず、法人の代表者印を押印のこと。
- (3) 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。
- (4) 事前にアセッサー講習受講を申し込み、その費用を施設が全額負担していること。
- (5) 『受講者 ID』が未発行のため不明な場合は、空白のまま申し込みし、分かり次第事務局へ連絡すること。
- (6) 申し込み者が多数の場合は、選考により対象者を決定する。(定員 50 名)
※別途、事務局より各施設へ助成対象者を通知する。
- (7) 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。