様式第２号（第６条関係）

西海市介護人材確保対策事業計画書

年　　　月　　　日

西海市長

所在地

名　称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　年度西海市介護人材確保事業を次のとおり実施する。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所（施設） | 名　称  所在地 |
| 事業の目的及び内容 | □ 介護職員初任者研修の受講  □ 介護福祉士実務者研修の受講  □　離島居住者の渡航  □ 江島・平島居住者の宿泊 |
| 支援を受ける介護職員の  氏名及び職種等 | 氏　　　名：  住　　　所：  生年月日：  職　　　種：  勤続年数： |
| 研修の予定日 | 年　　月　　日～　　　　　年　　月　　日 |
| 交付申請額及び算出方法 | 交付申請額：　　　　　　　　　　円  算出方法： |

※支援を受ける介護職員ごとに作成してください。