様式第８（第９条第1項関係）

令和年月日

（宛先）東大阪市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　グループ等の名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

令和　　年度　東大阪市訪問型助け合いサービス・通所型つどいサービス事業研修実施計画書

東大阪市介護予防・生活支援サービス事業補助金交付要綱第９条第１項に基づき、以下のとおり東大阪市訪問型助け合いサービス・通所型つどいサービス事業研修実施計画書を提出いたします。

記

※年度途中に研修等を計画書する場合は、研修等の実施日の２ヶ月前までに提出してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 拠点のグループ名 |  |
| 研修内容 | □事故防止　　□個人情報の管理　　□健康管理□衛生管理　　□介護予防プログラム□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 研修実施予定日時 |  |
| 研修会場 |  |
| 研修参加人数 |  |
| 講師の有無 | □有　　　□無有の場合講師名（　　　　　　　　　　　） |
| 研修に要する費用（予定で試算） | 研修参加等加算補助金の予定額　　　　　　　　円 |