

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

高砂市長様

(〒　　-　　)

(申請者) 所在地

事業者名

代表者職氏名

電話番号

高砂市障がい者喀痰吸引等研修計画事前報告書

高砂市障がい者喀痰吸引等研修費補助金の申請をしたいので、下記のとおり事前に報告します。

記

受講予定研修	研修名	(第1号研修 ・ 第2号研修 ・ 第3号研修)			
	実施機関名				
	研修期間	年 月 日から		年 月 日まで	
	研修費用	1人当たり	円 必須のテキスト代 及び実習費を含む。		

No.	研修受講者		喀痰吸引等実施対象者 ※第3号研修の場合のみ記載	
	氏名	生年月日	氏名	生年月日
1				
2				
3				