

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				