（様式７）

認知症介護研修事業廃止届

第　　　号

　年　月　日

三重県知事　あて

申請法人　名称

代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　指定法人番号

　　　年　　月　　日付け　第　　　号で指定を受けました研修事業について、下記のとおり廃止したいので届け出ます。

記

１．研修の種別

２．廃止する理由

３．代替措置等（研修実施中に事業を廃止する場合、既に受講申込を受けた方に対する返金、代替研修の斡旋等の措置を具体的に記載すること。）