年度地域医療介護総合確保事業（介護分：

様式第３号

介護従事者の確保に関する事業）中止（廃止）承認申請書

番　　　　　号

年　　月　　日

宮城県知事　○　○　○　○　殿

申請者　市町村の長又は事業者

（事業者にあっては、住所、名称及び代表者氏名）

令和　年　　月　　日付け宮城県｛（長政）（障）｝指令第　　　号で　　　年度地域医療介護総合確保事業補助金の交付決定の通知のありました介護職員初任者研修受講支援事業について、事業の内容を下記のとおり事業を中止（廃止）したいので承認されるよう関係書類を添えて申請します。

記

１　中止（廃止）の内容

２　中止（廃止）の理由

３　添付書類

中止（廃止）の理由を証する書類等