

(例)

〇〇千保介事第〇〇〇号
令和〇〇年〇〇月〇〇日

株式会社〇〇〇〇
〇〇訪問介護事業所 管理者 様

千葉市保健福祉局高齢障害部
介護保険事業課 長

千葉市生活援助型訪問サービス従事者研修（事業所主催）修了報告書の受理について

本市にご提出いただいた標記の件につきまして、下記の内容により受理しましたので通知します。

記

No.	氏名	生年月日	サービス提供有効期間
1	(例) 〇〇 〇〇	H1. 4. 1	R2. 4. 2～ 次回市が主催する研修開催日まで
2	(例) 〇〇 〇〇	H5. 10. 1	R2. 4. 5～ 次回市が主催する研修開催日まで

◇留意点

- 注1) 上記サービス提供有効期間のみ、研修を実施した事業所においてサービス提供が可能です。
- 注2) 次回本市が主催する千葉市生活援助型訪問サービス従事者研修（2日間）を必ず受講してください。

担 当：保健福祉局 高齢障害部
介護保険事業課 企画指導班
TEL：043-245-5068
FAX：043-245-5621