

(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 へ

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。）