

(様式1)

鹿児島県同行援護従業者養成研修事業者指定申請書

年 月 日

鹿児島県知事 殿

申請者 主たる事務所の
所在地

法人名称

代表者氏名

下記のとおり同行援護従業者養成研修事業者として指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

| | | | | | |
|-----------|-----|-----------|--|-----|--|
| 事業所の名称等 | 名称 | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 —) | | | |
| | 連絡先 | TEL | | FAX | |
| | | メールアドレス | | | |
| 研修事業の名称 | | | | | |
| 募集開始予定年月日 | | 年 月 日 | | | |
| 事業開始予定年月日 | | 年 月 日 | | | |
| 備考 | | | | | |