

(様式3)

鹿児島県同行援護従業者養成研修事業実施計画書

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

年度における同行援護従業者養成研修の事業実施計画について、下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。

| | | | | | |
|---------|-------|-------------------|--|-----|--|
| 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 | | | | | |
| 研修実施年月日 | | 年 月 日 から 年 月 日 まで | | | |
| 実施場所 | 講義 | | | | |
| | 演習 | | | | |
| 募集関係 | 募集期間 | 年 月 日 から 年 月 日 まで | | | |
| | 募集対象者 | | | | |
| | 募集人員 | | | | |
| 受講料 | | 円 (テキスト代: 円) | | | |
| 使用テキスト | | | | | |
| 備考 | | | | | |

* 「受講料」は、税込額を記載し、テキスト代(税込額)を再掲してください。