（様式第３号）

同行援護従業者養成研修

事業実施計画書

年　　月　　日

　熊本県知事　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業者 | 法人の主たる　事務所の所在地 | 〒 |
| 法人名称及び　代表者職氏名 |  |
| TEL |  |
| FAX |  |

次のとおり、　　　年度の研修事業の実施計画を届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 連絡先 | TEL |  | FAX |  |
| 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 |  |
| 募集対象者 |  |
| 募集人員 |  |
| 受講料 |  |
| 使用テキスト |  |
| 備考 |  |

注　「受講料」欄は、税込みの額を記載し、テキスト代の込・別を明記してください。