

(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。