（様式第１号）

同行援護従業者養成研修

事業者指定申請書

年　　月　　日

　熊本県知事　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 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 |  |

　研修事業者の指定を受けたいので、次のとおり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 | 〒 | | | |
| 連絡先 | TEL |  | FAX |  |
| 研修事業の名称 | |  | | | |
| 事業開始予定年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | | |
| 募集開始予定年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | | |
| 備考 | |  | | | |