（別記第１号様式）

重度訪問介護従業者養成研修

事業者指定申請書

年　　月　　日

　熊本県知事　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住　　所  (法人の主たる事務所の所在地) | 〒 |
| 氏　　名  (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 | 〒 | | | |
| HPｱﾄﾞﾚｽ |  | | | |
| 連絡先 | TEL |  | FAX |  |
| 研修事業の名称 | |  | | | |
| 課程 | | 基礎課程　・　追加課程　・　統合課程 | | | |
| 事業開始予定年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | | |
| 募集開始予定年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | | |
| 県HPへの掲載可否 | | 可　　　　・　　　　否 | | | |
| 備考 | |  | | | |

※１初回の研修の募集開始日の３０日前までに提出すること

※２申請に当たっては、次の書類を添付すること。

提出書類一覧

|  |  |
| --- | --- |
| 〇 | 提出書類 |
|  | 事業実施計画書 |
|  | カリキュラム及び日程表 |
|  | 講師履歴 |
|  | 講師一覧及び資格証の写し |
|  | 実習計画書 |
|  | 実習事業所等承諾書 |
|  | 学則 |
|  | 研修事業開始年度及び次年度の収支計画 |
|  | 申請者の資産状況（賃借対照表等） |
|  | 定款、寄付行為そのほかの規約 |
|  | 修了証明書及び修了証明書（携帯用）の見本 |
|  | 募集広告等の案内文 |
|  | その他知事が必要と認める書類 |