

様式 1

年 月 日

熊本県知事 様

申請者住所（主たる事務所の所在地）

氏名（法人名）

（代表者職氏名）

印

連絡先

福祉用具専門相談員指定講習事業者指定申請書

介護保険法施行令第 4 条第 1 項第 9 号の福祉用具専門相談員指定講習事業者の指定を受けたいので、熊本県福祉用具専門相談員指定講習事業者指定要綱 3（1）の規定に基づき下記の通り申請します。

記

1. 講習の名称及び課程

2. 事業所の所在地

添付書類：

- （1）定款その他の基本約款及び登記事項証明書
- （2）組織及び事業の概要並びに前年度の決算書
- （3）講習事業の向こう 2 年間の収支予算
- （4）年間事業計画表、講習課程（カリキュラム）及び各講習の時間割表
- （5）講師一覧（参考様式）
- （6）講師履歴（講師本人の署名のあるものに限る。）
- （7）各講師の保有する資格等の証明書及び当該講師の承諾書（講師本人の署名のあるものに限る。）
- （8）講習を行う会場の平面図及び当該会場の設置者の使用承諾書
- （9）運営規程
- （10）受講料等の設定方法及び改定方法
- （11）募集案内等受講希望者に提示する書類