

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