様式第3号（第9条関係）

丸亀市ガイドヘルパー養成研修事業計画書

　　　　年　　月　　日

丸亀市長　宛

住所

指定事業者名

代表者名

事業者指定番号

　　　　年　　月　　日付けで指定を受けた研修事業（視覚障害者移動介護従業者養成研修課程・全身性障害者移動介護従業者養成研修課程）について、次のとおり養成研修事業計画書に関係資料を添えて届け出ます。

１　研修の名称

２　研修の課程

３　研修実施期間　　　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日

４　受講者定員　　　　　　　名

〔添付資料〕

(１)　研修事業担当部署の名称、所在地及び担当者名

(２)　研修事業の期間、応募手続き（募集開始日含む。）及び研修会場

(３)　研修カリキュラム

(４)　講義を行う講師の氏名、担当科目及び専任兼任の別

(５)　実習に利用する施設の名称、所在地及び設置者の氏名（法人にあっては、名称）並びに利用計画及び当該施設の設置者の承諾書

(６)　受講対象者、定員、受講料、使用テキスト及び累計修了者数

(７)　収支予算書

(８)　その他必要があると認める書類