様式第１号

奈良県認知症介護実践研修（リーダー研修）実施機関指定申請書

 　年　月　日

奈良県知事　様

申請法人　名称

代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名

　奈良県認知症介護実践研修（リーダー研修）実施機関の指定を受けたいので、奈良県認知症介護実践研修（リーダー研修）実施機関指定事務取扱要領２の規定により下記のとおり申請します。

記

１．申請法人

（１）名称

（２）主たる事務所の所在地

２．研修開始予定年月日

３．受講料その他受講者から徴収する額

４．添付書類

（１）運営規程等（３（２）エを満たすもの）

（２）定款その他の基本約款

（３）法人登記簿の履歴事項全部証明書

（４）申請者の概要及び資産状況

（５）申請者の前年度の決算書

（６）指定に係る研修事業の収支予算書

（７）指定に係る研修事業の研修カリキュラム

（８）誓約書（様式第２号）

（９）その他指定に関し必要があると認める書類