

別記第1号様式

生活困窮者就労訓練事業認定申請書

令和 年 月 日

高知県知事 様

申請者 { 主たる事業所の所在地
 名称
 代表者の職・氏名 ㊞

生活困窮者自立支援法（平成25年法律第105号）第16条第1項の規定により生活困窮者就労訓練事業の認定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

生活困窮者就労訓練事業を行う者	名称	(フリガナ)		
	主たる事務所の所在地及び連絡先	郵便番号 ()		
		電話番号		FAX番号
	法人の種別		法人所轄庁	
	代表者の氏名	(フリガナ)		
生活困窮者就労訓練事業が行われる事業所	名称	(フリガナ)		
	所在地及び連絡先	郵便番号 ()		
		電話番号		FAX番号
	責任者の氏名	(フリガナ)		
生活困窮者就労訓練事業	利用定員の数			
	内容			
	就労等の支援に関する措置に係る責任者(※)の氏名	(フリガナ)		

※ 生活困窮者自立支援法施行規則（平成27年厚生労働省令第16号）第21条第2号イに規定する責任者