令和　　　年　　　月　　　日

［提出先］千葉県 健康福祉指導課 福祉人材確保対策室 宛て

FAX:043-222-6294／E-mail:ksjinzai@mz.pref.chiba.lg.jp

令和６年度千葉県介護職種外国人技能実習生日本語学習支援事業補助金

事前申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 施設等 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 申請予定者数 |  |
| 雇用開始（予定）日 |  |
| 補助事業開始（予定）日 |  |
| 技能実習計画認定日 |  |
| 担当者 | 氏名 |  |
| ＴＥＬ |  |
| ＦＡＸ |  |
| Ｅ－ｍａｉｌ |  |

※事前申込の段階で「技能実習計画」の認定を受けている必要があります。

※施設等が複数ある場合には、行を追加して御記入ください。

※申請予定者が複数名おり、雇用開始（予定）日等が各々異なる場合には、以下の（例）を参考に、各々の雇用開始（予定）日等が分かるように御記入ください。

（例）申請予定者数：３名

雇用開始（予定）日：［２名］令和６年９月１日　［１名］令和６年９月１５日