

[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 年 月 日

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