

生活困窮者就労訓練事業認定申請書

令和 年 月 日

千葉県知事 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)		