

生活困窮者就労訓練事業認定申請書

令和 年 月 日

沖縄県知事 殿

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