

則様式第二号（則第二十条関係）

生活困窮者就労訓練事業認定申請書

年 月 日

滋賀県知事あて

申請者

主たる事業所の所在地
名 称
代表者の職・氏名

印

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なう者	名称	(フリガナ)		
	主たる事務所の所在地及び連絡先			
生活困窮者就労訓練事業を行なわれる事業所	郵便番号()	電話番号	FAX番号	法人の種別
	(フリガナ)			法人所轄庁
生活困窮者就労訓練事業が	名称	(フリガナ)		
	所在地及び連絡先			
生活困窮者就労訓練事業	郵便番号()	電話番号	FAX番号	責任者の氏名
	(フリガナ)			
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