

生活困窮者就労訓練事業認定申請書

年 月 日

福 山 市 長 様

申請者 { 主たる事業所の所在地  
名 称  
代表者の職・名前 ㊞

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		F A X 番号
	法人の種別		法人所轄庁	
代表者の名前	(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		F A X 番号
	責任者の名前	(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(※)の名前	(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