様式第１号（第４条関係）

高知市生活困窮者就労訓練事業認定申請書

　　年　月　日

高　知　市　長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主たる事務所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　の所在地

　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者の職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

高知市生活困窮者就労訓練事業の認定に関する実施要領第４条の規定により高知市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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 高知市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） |
|  |
| 高知市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） |
|  |
| 高知市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