

様式第 1 号（省令第 20 条関係）

- 1 申請する事業所の数が複数ある場合は、2 か所目以降の事業所の情報を本様式に記入して、提出すること。
- 2 記入欄が足りない場合は適宜増やすこと。

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

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