様式５

　申　告　書

令和　　年　　月　　日

群馬県知事　山本　一太　あて

住所（所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（法人等名及び代表者名）

　令和６年度障害福祉従事者等研修事業（スキルアップ研修）事業提案要領６（１）に定める欠格事項に該当しないことを申告します。