

ぐんま介護人材育成宣言事業者認定
申請書

群馬県知事 様

法人名 株式会社〇〇福祉

代表者氏名 代表取締役 〇〇 〇〇 印

ぐんま介護人材育成宣言事業者の認定を受けたいので、ぐんま介護人材育成制度実施要綱第5条第1項の規定に基づき、以下の書類を添えて、申請します。

【添付書類】

- ぐんま介護人材育成宣言事業者宣言書(様式第2号)
- 「介護の雇用管理改善CHECK&ACTION25」(公益財団法人介護労働安定センター作成)による現状把握を実施したことを証する書類

取りまとめを行っている担当者を記入してください。

【担当者】

担当部署	企画・総務課	役職	課長
フリガナ	〇〇 ΔΔ	連絡先	電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
氏名	〇〇 ΔΔ		E-mail 〇〇@〇〇.ne.jp

※受付	受付日	年 月 日
※備考		

注) ※印欄は記入しないでください。