

ぐんま介護人材育成宣言事業者
取組結果報告届出書

〇年 〇月 〇日

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制度実施要綱第9条第1項に基づき、以下の書類を添えて、報告します。

【添付書類】

- ぐんま介護人材育成宣言事業者取組結果報告書(様式第5号)
 その他参考となる資料

【宣言事業者等】

宣言番号	第〇〇〇号	宣言(取組)期間	〇年〇月△日 ~ 〇年△月□日
------	-------	----------	-----------------------

【担当者】

担当部署	企画・総務課	役職	課長
フリガナ	〇〇 △△	連絡先	電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
氏名	〇〇 △△		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。