（様式１）

令和　　年　　月　　日

（宛先）

千葉県知事

所　 在　 地

法 　人 　名

代表者職氏名

介護事業所の業務改善研修受講および伴走支援事業者に関する申請書

　「令和６年度介護事業所の業務改善研修受講および伴走支援事業所に関する募集要項」に基づき，下記の事項について事実と相違ないことを申告の上、申請書を提出します。

記

・　令和６年度介護事業所の業務改善研修受講および伴走支援事業所に関する募集要項の２に定める取組内容を誠実に実施する。

　 ・　伴走支援事業者募集要項の９（１）～（５）のいずれにも該当しない。

|  |  |
| --- | --- |
| 担　　　当　　　者 | |
| 所　　属 |  |
| 氏　　名 |  |
| T　E　L |  |
| Eメール |  |