様式第１号（第２条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　光市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　申込者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

介護助手普及推進事業参加申込書

　光市介護助手普及推進事業に参加したいので、光市介護助手普及推進事業補助金交付要綱第２条第２号の規定により、下記のとおり申し込みます。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 | 所在地 | 介護助手の導入予定 | | |
| 時期 | 人数 | 業務内容 |
|  |  | □導入済  □　　年　　月頃  □未定 | 人 |  |
|  |  | □導入済  □　　年　　月頃  □未定 | 人 |  |
|  |  | □導入済  □　　年　　月頃  □未定 | 人 |  |

　行が不足する場合は適宜追加してください。