［提出先］石川県 健康福祉部 厚生政策課 福祉人材・サービスグループ　あて

FAX:076-225-1409／E-mail: fukushijinzai@pref.ishikawa.lg.jp

令和　　　年　　　月　　　日

令和６年度石川県外国人介護人材日本語能力向上支援事業費補助金

事前申込書

　１　法人担当者

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 担当者 | 氏名 |  |
| ＴＥＬ |  |
| ＦＡＸ |  |
| Ｅ－ｍａｉｌ |  |

　２　申請予定概要

|  |  |
| --- | --- |
| 申請予定者数 | 名 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受入施設・事業所名 | 所在地 | 対象となる技能実習生又は特定技能外国人の氏名 | 国籍 | 区分 | 雇用開始（予定）日 |
|  |  |  |  | 技・特 |  |
|  |  |  |  | 技・特 |  |
|  |  |  |  | 技・特 |  |
|  |  |  |  | 技・特 |  |

※列が足りない場合は列を追加してください。

※現時点で対象となる技能実習生又は特定技能外国人の氏名・国籍が不明な場合は空欄で構いません。

※区分欄は、技能実習生の場合は「技」に、特定技能外国人の場合は「特」に〇を付けてください。

※事前申込の提出をもって補助金の交付が決定しているわけではございません。事業実施前に補助金交付申請書をご提出ください。予算額に達した場合、期間内でも受付を終了することがありますのでご了承ください。