（様式１）

令和　　年　　月　　日

福井県知事　様

所　 在　 地

法 　人 　名

代表者職氏名

モデル事業所選定申請書

　「令和５年度福井県介護人材「活用」推進事業（複数事業所の連携）モデル事業所募集要項」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、モデル事業所選定申請書を提出します。

記

・　福井県介護人材「活用」推進事業（複数事業所の連携）モデル事業所募集要項の２に定める事業内容を誠実に実施する。

・　福井県介護人材「活用」推進事業（複数事業所の連携）モデル事業所募集要項の１０（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 |  |