令和　年（　　年）　月　日

長野県知事　阿部　守一　様

法人名

代表者職名・氏名

令和　　年度介護職員研修受講支援事業に係る費用負担について

　下記のとおり本事業に係る費用を当法人が全額負担します。

記

１　受講予定者数

○名

２　本事業に係る総事業費

○○○○○円（事業計画書の総事業費と同額）

３　法人が負担する費用

○○○○○円（事業計画書の総事業費と同額）

*※青字は提出時に削除してください。*