

別紙 1

番 号  
平成 年 月 日

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部  
障害福祉課地域生活支援推進室長 殿

法人等名称  
代表者 職名  
氏名 印

平成 26 年度支給決定・計画作成マネジメント調査事業  
実施団体公募への応募について

標記について、関係書類を添えて応募します。

〈事務担当者の連絡先〉	
郵便番号	_____
住 所	_____
所 属	_____
氏 名	_____
T E L	_____
F A X	_____
E -mail	_____
※携帯電話メールは不可	

別紙 2

平成 26 年度支給決定・計画作成マネジメント調査事業  
担当者名簿

役職名・氏名	担当業務 (資格・経歴等)	雇用形態 (常勤・非常勤・アルバイト・嘱託等)	人件費への補助金 充当の有無
<b>事業担当</b>			
			有 無
			有 無
			有 無
			有 無
			有 無
			有 無
<b>経理担当</b>			
			有 無
			有 無
			有 無

- ※ 「事業担当」と「経理担当」の兼務は不可
- ※ 責任者等については、「担当業務」欄にその旨を明記。
- ※ 事業採択後に雇用する場合については、「役職名・氏名」欄は「(予定)」と記入。
- ※ 「人件費への補助金充当の有無」欄については、「有」「無」いずれかを選択。名簿に記載のない者の人件費に補助金を充当することは不可。
- ※ 事業採択後に雇用する場合や担当者の変更がある場合は、その都度、名簿を提出。

