



障害者委託訓練の委託料の上限額の引上げについて

訓練コース名	
受託者名	
所在地 (登記住所)	
訓練場所名称	
《法人の概要》	※1年以内日付の登記簿の写しなどを添付すること
資本金	円
従業員数	人
主たる事業内容	
下記理由により、障害者委託訓練委託料の上限額の変更を申し出ます。	
希望する委託料の上限額（1人当たりの月額）	円
変更の理由	
[計画している障害者の就労支援や雇用の促進等の取組を記載してください(必須)]	

令和 年 月 日

所在地 \_\_\_\_\_

法人名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_ (印)