様式第１号（第８条関係）

年　　月　　日

富良野市長　　様

　　　　　　　　　申込者　　　代理店名

　　　　　　住　　　所　〒

代表者役職・氏名

ワーケーション展開申込書

このことについて、ワーケーション展開費用助成金交付要綱第８条第１項の規定に基づき、下記のとおり申し込みます。

記

１　実施企業等の概要

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 企業等名 |  | | | 代表者氏名 |  |
| 本社住所 | 〒 | | | | |
| 設立年月 | 年　　月 | 資本金 | 千円 | | |
| 全従業員数 | 人（　　年　月現在） | | |
| ＵＲＬ |  | | | URLが無い場合は定款または会社  概要パンフレット等を添付すること。 | |

２　適格者・助成要件 ※該当する場合、□に✔を入れてください。

* ワーケーション展開費用助成金交付要綱を確認し、適格者要件、助成要件に全て該当

することを誓約します。

３　対象事業

|  |  |
| --- | --- |
| 〇 | 人材育成・チーム合宿ワーケーション実施支援事業 |

４　事業実施の目的

|  |
| --- |
|  |

５　実施を希望する期間、宿泊日数、家族帯同有無、要望等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 希望期間 | 年　　月　　日　～　　月　　日 | |
| 宿泊日数 | 泊 | |
| ゼロカーボン推進に向けた体験プログラム | | 年　　月　　日 実施予定 |
| 要望等 |  | |

※この申込に対する担当者連絡先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担　当　者  役職・氏名 |  | 事業所連絡先 |  |
| 担当者連絡先 |  |
| E-MAIL |  |

【実施者情報】

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 【氏名】 | 自宅住所 | 〒 | | | | |
| 勤務先住所 | 〒 | | | | |
| 勤務先所属 |  | | | | |
| 事業所連絡先📞 |  | | | | |
| 実施者連絡先📞 |  | | | | |
| メールアドレス |  | | | | |
| 家族帯同者有無 | 有　無 | 「有」の帯同者数 | | 人 | |
| レンタカー | 有　無 | 富良野市内　旭川空港　新千歳空港　その他 | | | |
|  | | | | | | | |
| 2 | 【氏名】 | 自宅住所 | 〒 | | | | |
| 勤務先住所 | 〒 | | | | |
| 勤務先所属 |  | | | | |
| 事業所連絡先📞 |  | | | | |
| 実施者連絡先📞 |  | | | | |
| メールアドレス |  | | | | |
| 家族帯同者有無 | 有　無 | 「有」の帯同者数 | 人 | | |
| レンタカー | 有　無 | 富良野市内　旭川空港　新千歳空港　その他 | | | |
|  | | | | | | | |
| 3 | 【氏名】 | 自宅住所 | 〒 | | | | |
| 勤務先住所 | 〒 | | | | |
| 勤務先所属 |  | | | | |
| 事業所連絡先📞 |  | | | | |
| 実施者連絡先📞 |  | | | | |
| メールアドレス |  | | | | |
| 家族帯同者有無 | 有　無 | 「有」の帯同者数 | | | 人 |
| レンタカー | 有　無 | 富良野市内　旭川空港　新千歳空港　その他 | | | |
|  | | | | | | | |
| 4 | 【氏名】 | 自宅住所 | 〒 | | | | |
| 勤務先住所 | 〒 | | | | |
| 勤務先所属 |  | | | | |
| 事業所連絡先📞 |  | | | | |
| 実施者連絡先📞 |  | | | | |
| メールアドレス |  | | | | |
| 家族帯同者有無 | 有　無 | 「有」の帯同者数 | | | 人 |
| レンタカー | 有　無 | 富良野市内　旭川空港　新千歳空港　その他 | | | |

※実証者が4名以上の場合は行を追加してください。

※人材育成・チーム合宿ワーケーション実施支援事業は5名以上の実施で10名が上限と

なります。

。