様式第２号

令和　　年　　月　　日

令和５年度介護に関する入門的研修事業業務の再委託承諾願

　茨城県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　受託者　名　称

代表者職・氏名

令和５年度介護に関する入門的研修事業の業務について、下記のとおり再委託を行いたいので承認願います。

１　再委託が必要な理由

２　再委託予定先

　　　住所

　　　商号

　　　代表者氏名

３　再委託に係る業務の内容等

　（１）再委託する業務の内容

　（２）再委託の期間

　　　　　令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日

４　再委託先に求める個人情報の保護に関する事項の内容及び遵守方法

　（１）個人情報の保護に関する事項の内容（具体的に記入※）

　（２）個人情報の保護に関する事項の遵守方法（具体的に記入※）

　※別紙として添付しても結構です。

　上記４に記載の個人情報の保護に関する事項を遵守することを誓約します。

　　　　　　　　　　　　　　再委託先　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名