（様式１）

　　年　　月　　日

茨城県知事　大井川　和彦　殿

所在地

申請者（法人名）

代表者職氏名

令和７年度就労継続支援Ｂ型事業所アドバイザー派遣承認申請書

アドバイザーの派遣を希望するので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

１　事業所名

２　事業所所在地

３　就労継続支援Ｂ型事業所管理者研修（平成27年度～平成30年度）又は

就労継続支援Ｂ型事業所工賃向上研修（令和元年度～令和６年度）の参加状況

有　(　　　　年度)　　　・　　　　　無　　　　　　　※どちらかに○

４　アドバイザー派遣時期

令和７年10月～令和８年２月　※期間内で適宜調整

５　添付書類

事業計画書（別紙１）

生産活動別収支計算書（写し）

工賃向上計画（令和６年度以降に提出している場合は不要）

（別紙１）

事　業　計　画　書

１　法人基本情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | | |
| 事業所名 |  | | |
| 事業所番号 |  | | |
| 所在地 | 〒 | | |
| 事業開始年月日 |  | | |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| E-mail |  | | |
| 担当者 | （役職） | | |
| （ふりがな） | | |
| （氏名） | | |
| ２　事業所・作業内容情報   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 事業形態・定員数 | Ｂ型（単独）  （　　　）人 | 多機能型（Ｂ型+　　　　　　）  （　　　）人+（　　　）人 | | 登録者数 | （　　　）人 | （　　　）人+（　　　）人 | | １日の平均利用人数 | （　　　）人 | （　　　）人+（　　　）人 | | 主な障害種別 | 知的・精神・身体・三障害均等・その他（　　　　　） | | | 主な作業内容と  月次売上  （昨年度月平均or直近月） | ①　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　千円／月）  ②　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　千円／月）  ③　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　千円／月） | |   ３　工賃引き上げのための問題点や課題等   |  | | --- | |  | | | | |

４　アドバイザーに求める支援の内容（１つ選んで、☑を入れてください。）

□　製品の品質向上又はデザイン、包装等の改善による高付加価値化

□　事業所独自の新商品の開発や市場開拓

□　コスト削減、販売ルート・販売方法の検討又は技術・経営ノウハウの習得

□　作業効率向上等職場環境の改善

□　新たな分野への取組のための技術指導

□　その他工賃向上のために必要な支援（　　　　　　　　　　　　　　　）

※　工賃向上の目標額

現状：　　　　　　円／月（　　年度）→　　　　　　　円／月（　　年度）