事業計画書

　栃木県知事　様

年　　月　　日

氏　名

とちぎお試しテレワーク推進事業補助金交付要綱第６条に基づき、次のとおりお試しテレワークを実施いたします。

１　申込者情報

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）氏名 |  |
| 生年月日 | 西暦　　　　　年　　月　　日（　　歳） |
| 現住所 | 〒 |
| 連絡先 | TEL:　　　　　　　　　　　　　（日中に連絡が取れる番号）メールアドレス： |
| お試しテレワーク期間 | から　　　　　　　　　　　　まで |
| お試しテレワーク実施場所 | （施設名）（所在地） |
| お試しテレワーク期間中の滞在場所 | （施設名）（所在地） |
| 移住相談実施時期 | 　　　　　　年　　月 |
| 　移住相談先 |  |

２　同行者情報

|  |  |
| --- | --- |
| 　同行者数 | 　　　　　　人 |
| （ふりがな）　同行世帯員氏名① | 続柄： |
| （ふりがな）　同行世帯員氏名② | 続柄： |

　＊行が不足する場合は適宜追加してください。

３　お試しテレワーク中の業務内容

|  |  |
| --- | --- |
| 事業内容 |  |

※記載内容等の確認のため、県から勤務先に直接ご連絡させていただくことがございます。

【栃木県記入欄】ここには記入しないでください。

|  |  |
| --- | --- |
| 移住相談確認日 |  |
| 移住相談担当者 |  |