（様式第6号）

同行援護従業者養成研修

事業廃止届出書

年　　月　　日

　熊本県知事　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業者 | 法人の主たる　事務所の所在地 | 〒 |
| 法人名称及び　代表者職氏名 |  |
| TEL |  |
| FAX |  |

指定を受けた研修事業について、廃止したいので、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | 名称 |  | | | |
| 所在地 |  | | | |
| 連絡先 | TEL |  | FAX |  |
| 研修事業の名称 | |  | | | |
| 廃止予定  年月日 | | 年　　　　月　　　日 | | | |
| 廃止理由 | |  | | | |