

(様式7)

鹿児島県同行援護従業者養成研修事業者（休止・再開・廃止）届出書

年 月 日

鹿児島県知事 殿

申請者 主たる事務所の
所在地

法人名称

代表者氏名

指定を受けた研修事業について、（休止，再開，廃止）したいので，下記のとおり届け出ます。

事業所の 名称等	名称				
	所在地	(-)			
	連絡先	TEL		FAX	
		メールアドレス			
研修事業の名称					
休止，再開，廃止 した年月日		年 月 日			
休止，再開，廃止した 理由					

* 様式中の「休止，再開，廃止」のいずれかを「○（マル）」で囲む。