様式２

令和　　年　　月　　日

　兵庫県知事　様

　　　 　　　　　　　 　　　申請者　 住所（主たる事務所の所在地）

 　　　　　　　　　　　　 　　団体名（法人名)

 　　　　　　　　　　　　 　　代表者名（職･氏名)

 　　電話（　　　）　　－　　　番

 　　電子ﾒｰﾙ

福祉用具専門相談員指定講習事業者廃止届出書

　　　　年　月　日付け　第　　　号で指定を受けた福祉用具専門相談員指定講習事業者指定を下記のとおり廃止したいので届け出ます。

記

１　講習の名称

２　事業者指定番号

３　廃止時期　　　　　　年　月　日

４　廃止理由

５　事業担当者連絡先　担当者（部署）

（氏名）

電話

メール