（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

指定をう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	（　　ー　　）			
	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。