（様式第８号）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害者雇用相談援助事業廃　止休　止　　　届再　開

|  |  |
| --- | --- |
| 認定事業者の名称 | （フリガナ） |
|  |
| 所　在　地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号）　　　　－　　　　　－ |
| 廃止・休止・再開の区分・年月日 | 廃　止 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 休　止 | 　　　　　年　　　月　　　日　から　　　　年　　　月　　　日　まで（予定） |
| 再　開 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 理　　由 |  |

　　上記のとおり障害者雇用相談援助事業を　廃止　・　休止　・　再開　いたしますので、その旨届け出ます。　　　　　　年　　　月　　　日事業者名及び住所　　　　　　　《廃止・休止後の連絡先》（電話番号）　　　－　　　　－　　　　　（氏名　　　　　　　　　　　　　　） |