

福祉用具専門相談員指定講習事業休止届出書

※府提出日とすること

年 月 日

大阪府知事様

所在地
法人・団体名
代表者職・氏名

大阪府福祉用具専門相談員指定講習事業者指定要綱第 9 条第 1 項の規定により、下記講習事業を休止したいので届け出ます。

講習事業の名称	
事業者指定番号	
休止する年度	年度
休止の理由	

※ 1 1 事業年度（4 月～翌年 3 月）にわたり、講習の開講予定がない（なくなった）場合は、休止届出書を提出すること。

※ 2 講習を連続して 2 事業年度実施しなかった場合は、廃止の届出があったものとみなす。

講習事務 担当者 連絡先	所属名			
	担当者		メール	
	電話	() -	FAX	() -