

同行援護従業者養成研修事業年間休止届出書

※府提出日とすること

年 月 日

大阪府知事 様

主たる事務所の所在地

商号又は名称

代表者職・名

大阪府同行援護従業者養成研修事業者指定要綱第11条第1項の規定により、下記研修を休止したいので届け出ます。

| | |
|--------|-------------|
| 研修の名称 | 同行援護従業者養成研修 |
| 指定番号 | |
| 休止する年度 | 年度 |
| 休止の理由 | |

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

※ 研修事業を2ヵ年度にわたって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。

| | |
|---------------------------------|----------|
| 研修事務担当者 | 所属名： |
| 前回報告時からの 変更【有・無】 (いずれかに○) | 氏名： |
| | 電話： |
| | ファックス： |
| | メールアドレス： |