様式第９号

宮城県障害者相談支援従事者研修事業休止届

文　書　番　号

年　　月　　日

宮城県知事　　　　　　　　　殿

住　　所

氏　　名

（法人にあっては、名称及び主たる事務所の所在地及び代表者の氏名）

　　年　　月　　日付け障第　　号で指定された宮城県障害者相談支援従事者研修事業について、下記のとおり休止するので届け出ます。

記

１　休止する研修の名称

２　休止する理由

３　休止期間

　　　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで