様式４

令和　　年　　月　　日

　兵庫県知事　様

　　　 　　　　　　　 　　　届出者　 住所（主たる事務所の所在地）

 　　　　　　　　　　　　 　　団体名（法人名)

 　　　　　　　　　　　　 　　代表者名（職･氏名)

 　　電話（　　　）　　－　　　番

 　　電子ﾒｰﾙ

福祉用具専門相談員指定講習廃止届出書

兵庫県福祉用具専門相談員指定講習事業者指定要綱に基づき、下記のとおり講習事業を廃止したいので届け出ます。

記

１　講習の名称

２　廃止時期　　　　　　年　月　日

３　廃止理由

４　代替措置等（すでに受講申込を受けた方に対する返金、代替講習の斡旋等の措置を具　体的に記載すること。）