（様式第３号）

年　　月　　日

　高知県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所（主たる事務所の所在地）

　　　 　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　 氏名（法人名）

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（代表者名）理事長

 　　　　　　　　 連絡先

福祉用具専門相談員指定講習会廃止届出書

　「高知県福祉用具専門相談員指定講習会指定事務等実施要綱」に基づき、次のとおり、指定講習会を廃止したので、届け出ます。

記

１　講習会の名称及び課程

２　廃止年月日

３　廃止理由

４　過去の実績（講習日程及び修了者数）