第６号様式（第８条関係）

　年　　月　　日

高知県知事　様

所　在　地　〒

法人の名称

代表者役職・氏名

電話番号

**障害者支援施設等に準ずる者の認定要件喪失届**

　　年　　月　　日付け　高障保第　　　号による標記認定について、要件を喪失したことから、「高知県障害者支援施設等に準ずる者の認定等に関する要領」第８条の規定に基づき、下記のとおり届け出ます。

記

１　認定事業所（特例子会社及び重度障害者多数雇用事業所のみ記入）

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名称 |  |
| 所在地 |  |

２　欠格事由

（１）要件を喪失した年月日

（２）理由

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 担当者 | 部署・職・氏名 |  |
| 電話・ＦＡＸ番号 | （電話）　　　　　　　（ＦＡＸ） |
| メールアドレス |  |