障害児通所支援事業（障害児相談支援事業）廃止（休止）届出書

年　　月　　日

　　　香川県知事　　　　　殿

届出者　住所

氏名

法人にあっては、主たる事務所の所在地及び名称並びに代表者の氏名法人にあっては、主たる事務所の所在地及び名称並びに代表者の指氏名

　次のとおり障害児通所支援事業（障害児相談支援事業）を廃止（休止）したいので届け出ます。

１　名称

２　種類

３　所在地

４　開始届出年月日

５　廃止（休止）の理由

６　現に便宜を受けている者又は通所している者に対する措置

７　廃止（休止）予定年月日

８　休止の予定期間

（注）

　知事が必要と認める書類を添付すること。