指定通所支援事業廃止（休止）届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　香川県知事　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者　　主たる事務所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　の所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　次のとおり事業の廃止（休止）をしたいので届け出ます。

１　事業所番号

２　事業所の名称

３　事業所の所在地

４　事業の種類

５　廃止（休止）の理由

６　現に指定通所支援を受けている者に対する措置

７　廃止（休止）予定年月日

８　休止予定期間

（注）

　　廃止又は休止の予定の日の１月前までに届け出ること。