別記様式第６号（第８条関係）

障害者支援施設等に準ずる者の認定要件喪失届

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　栃木県知事　様

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地又は住所： |  |
| 法人名又は氏名： |  |
| 代表者職・氏名： |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　 担当者連絡先

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

年　　月　　日付け　　第　　号による標記認定について、要件を喪失したことから、栃木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、次のとおり届け出ます。

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

|  |  |
| --- | --- |
| 要件喪失年　月　日 |  |
| 理　　　由 |  |