【様式第４号】

**「滋賀県働く障害者を応援する農福連携モデル事業所」認定辞退届**

　　　年　　　月　　　日

(宛先)

滋賀県健康医療福祉部障害福祉課長

所在地　〒　　　－

事業所の名称

代表者名

滋賀県働く障害者を応援する農福連携モデル事業所」の認定を辞退するため、滋賀県働く障害者を応援する農福連携モデル事業所認定制度実施要綱第７条の規定により、下記のとおり届け出ます。

**１　認定番号**第　　　　　　　号

**２　認定年月日**　　年　　　月　　　日

**３　辞退する理由**

|  |
| --- |
|  |

※認定番号および認定年月日は認定証に記載してある番号、年月日を御記入ください。

**４　担当者名等をご記入ください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当者名 |  | 部署・役職 |  |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| メールアドレス |  | | |

**５　問合せ・提出先**

　　本書は、滋賀県健康医療福祉部障害福祉課へ御提出ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 滋賀県健康医療福祉部  障害福祉課 | 〒520-8577　　滋賀県大津市京町四丁目１番１号  電　話　　077－528－3542　　FAX　　077－528－4853  メール　　ec0003@pref.shiga.lg.jp |