

様式4 (第5条第4項)

佐賀県難病患者就労支援事業所等登録辞退届

平成 年 月 日

佐賀県健康福祉部健康増進課長 様

代表者職・氏名

㊟

平成 年 月 日に登録のあった佐賀県難病患者就労支援事業所等登録について、
下記の理由により辞退したいので、届け出ます。

記

(辞退の理由)

所在地 〒

登録事業所等名

代表者職・氏名

登録番号

登録年月日 平成 年 月 日

登録辞退日 平成 年 月 日

* 登録通知 (様式2) を添付してください。