別記様式第５号（第７条関係）

障害者支援施設等に準ずる者の認定辞退届

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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、下記により認定を辞退したいので、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７条の規定に基づき、届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 理　　由 |  |