

泉大津市社会福祉事務所長 様

事業所所在地

事業所名

代表者指名

就労支援中断届

次の利用者について、就労支援期間中に支援を中断したいので泉大津市障がい者就労支援事業実施要綱第 10 条により届け出ます。

利用者氏名	
支援期間	年 月 日～ 年 月 日
支援中断期間	年 月 日～ 年 月 日
支援中断理由	
その他参考となる事項	