

年 月 日

泉大津市社会福祉事務所長 様

利用者住所

ふりがな

利用者氏名

障がい者就労支援期間延長申請書

障がい者就労支援を次の理由により引き続き受けたいので、泉大津市障がい者就労支援事業実施要綱第12条の規定により申請します。

記

延長を希望する理由

上記の者について、支援の延長を承諾します。

年 月 日

協力事業所代表者名

協力事業所名

支援実施場所

支援内容