第３号様式の２（第３条の２関係）

指定障害者支援施設指定辞退申出書

年　　月　　日

香川県知事　　　　　殿

申出者　主たる事務所の所在地

名　称

代表者の氏名

印

次のとおり指定障害者支援施設の指定を辞退したいので、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第47条の規定により申し出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定を辞退する施設 | 指定事業所番号事業所番号 |  |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 指定を受けた年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 指定を辞退する年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 指定を辞退する理由 |  |
| 現に施設障害福祉サービスを受けていた者に対する措置 |  |

注１　指定を辞退する日の３か月前までに申し出てください。

２　氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。