様式第８号

宮城県障害者相談支援従事者研修事業内容変更承認（承認却下）通知書

文　書　番　号

年　　月　　日

住　　所

氏　　名

　（法人にあっては、名称及び主たる事業所の所在地及び代表者の氏名）

宮城県知事　　　　　印

　　年　　月　　日付け　　第　　号で提出のありましたこのことについては、（下記のとお

り）　承認します。

　　　承認しません。

（記）

（特記事項について記載）