様式第１２号

宮城県障害者相談支援従事者研修事業指定取消通知書

文　書　番　号

年　　月　　日

氏　　名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

宮城県知事　　　　　　　　　　印

　　　年　　月　　日付け障第　　　号で指定した宮城県障害者相談支援従事者研修事業の研修事業者としての指定を下記の理由により取り消します。

記

（理由を記載）