

## 事業廃止届

令和 年 月 日

石川県知事 殿

(住 所)  
(名称及び  
代表者氏名)

次のとおり事業を廃止しますのでいしかわ障害者雇用推進カンパニー認定要領第9(1)により届け出ます。

事業廃止年月日 年 月 日

(障害者就業支援事業所の施設の一部を廃止する場合は、下記に記載してください)

事業所住所	
事業所名	
事業所住所	
事業所名	
事業所住所	
事業所名	