様式第９号

障がい者作業能力ステップアップ事業辞退届（受入れ事業主用）

 　　　　　　年　　月　　日

特定非営利活動法人島根県障がい者就労事業振興センター

理事長　國 頭 正 治　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

 代表者氏名 　㊞

　　　　　年　　月　　日付第　　　　　　号で決定のあった（　実施事業所　）の職場実習について、下記の事情により辞退します。

記