

補装具事業者廃止（休止・再開）届出書

恵庭市長 様

事業者名称  
所在地  
代表者氏名  
電話番号

印

次のとおり事業を廃止（休止・再開）しましたので、恵庭市障がい者等補装具費の支給に係る事業者の登録に関する要綱第7条第2項の規定に基づき届け出ます。

補 装 具 事 業 所 番 号									
廃止（休止・再開）する事業所	名 称								
	所 在 地								
	代表者氏名及び住所								
廃 止 ・ 休 止 ・ 再 開 の 別		廃 止 ・ 休 止 ・ 再 開							
廃 止 ・ 休 止 ・ 再 開 した 年 月 日		年 月 日							
廃 止 ・ 休 止 ・ 再 開 した 理 由									
登 録 の 廃 止 （ 休 止 ・ 再 開 ） の 理 由									
廃 止 予 定 期 間		年 月 日～ 年 月 日まで							