

(様式第 2 号)

年 月 日

石川県健康福祉部長 様

住所（法人の場合は所在地）

氏名（法人の場合は団体名及び代表者名）

評価調査者等養成研修等事業廃止届

第三者評価調査者等養成研修等事業を廃止したいので、石川県福祉サービス第三者評価制度評価調査者等養成研修等実施事業者等指定要領第 8 条の規定により届け出ます。

記

廃止する理由	
--------	--