

第3号様式（第7条関係）

やまぐち障害者雇用推進企業認定取消申請書

令和 年 月 日

山 口 県 知 事 様

申請者 主たる事務所 〒  
の 所 在 地

名 称

県内事業所 〒  
の 所 在 地

名 称

代表者職氏名

(TEL )

下記のとおりやまぐち障害者雇用推進企業認定を取消したいので、やまぐち障害者雇用推進企業認定制度実施要綱第7条の規定により申請します。

記

|       |                  |
|-------|------------------|
| 認定証番号 | やまぐち障害者雇用推進企業第 号 |
| 取消の理由 |                  |

添付書類

やまぐち障害者雇用推進企業認定証

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A列4とする。