

かながわ障害者雇用優良企業認証・物品等調達登録

取消申請書

年 月 日

神奈川県知事 殿

申請者 所在地
名称
代表者名

このことについて、

- ☐ かながわ障害者雇用優良企業認証事業実施要綱第8条第2項に基づき、
次の理由により認証
- ☐ 神奈川県障害者就労施設等及び障害者雇用企業からの物品等の調達に
関する要綱第12条第2項に基づき、次の理由により登録

を取り消したいので申請します。

取消し理由	
-------	--