

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
- 障害者の雇用に努める企業等からの物品等調達要綱第7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	
-------	--