

大福祉第 号
年 月 日

《法人》 様

大阪市長
（福祉局障がい者施策部）

大阪市移動支援事業所登録の取消しについて

次のとおり大阪市における移動支援事業所の登録を取り消します。

記

1. 申請者の名称
《名称》
2. 申請者の主たる事務所の所在地
《住所》
3. 登録を取り消す事業所の名称
《名称》
4. 登録を取り消す事業所の所在地
《住所》
5. 事業所番号
《番号》
6. 登録を取り消す理由
《理由》
7. 取消年月日
《年月日》