

年 月 日

敦賀市長 あて

所在地  
名称  
代表者職氏名

連携事業者登録解除届出書

連携事業者の登録を解除したいので届け出ます。なお、本届出にあたり、当社が雇用した又は雇用する予定の支援対象者への補助に関する事項は、全て当社で対応することを申し添えます。

記

(解除する登録内容)

1 登録日	年 月 日
2 連携事業者名称	
3 所在地	〒 福井県敦賀市
4 代表者職氏名	
5 採用担当部署	(部署名)
6 補助負担額	1人あたり3年間で 万円