（様式第５号）

**群馬県障害者雇用ネットワーク辞退届**

　　年　　月　　日

群　馬　県　知　事　　様

申請者　住所

名称

代表者氏名

　　下記理由により、群馬県障害者雇用ネットワークを辞退します。

記

１　登録番号　　　　　　　第　　　　　　　　　　号

　２　登録年月日　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　３　辞退理由

（注）群馬県障害者雇用ネットワーク登録決定通知書の写しを添えて届け出ること。