

令和7年度（2025年度）障害者青年教室中止届

豊中市教育長あて

申込者 施設（事業所）名 _____

代表者名 _____

所在地〒 _____

TEL _____

現在開設中の障害者青年教室について、下記のとおり中止したので届出します。

記

科 目 名	
中止理由	
中止決定日	年 月 日
中止期間	全期間 上半期全期間 ・ 下半期全期間 月 日 から 3月31日 まで
講 師 名	