様式第９号

年　　月　　日

**令和6年度（2024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 | 　　　　　　　　　　　　　　　 |