

활동지원사교육기관 [] 폐업 [] 휴업 통보서

접수번호	접수일	발급일	처리기간 7일
대표자	성명	생년월일	
	주소	(전화번호:)	
교육기관	기관명	교육기관번호	
	주소	전화번호	
폐업·휴업기간	폐업일	년	월 일
	휴업기간	년 월 일부터	년 월 일까지
폐업·휴업사유			
연 락 처 (폐업·휴업 후)	성명	주소	
	전화번호	휴대전화번호	

「장애인활동 지원에 관한 법률 시행규칙」 제31조제6항에 따라 위와 같이 활동지원사교육기관의 폐업 또는 휴업을 통보합니다.

년 월 일

활동지원사교육기관의 장(대표자)

(서명 또는 인)

특별시장·광역시장·도지사·특별자치도지사 귀하

첨부서류	1. 폐업 또는 휴업 의결서(법인만 제출합니다) 1부 2. 교육생에 대한 조치계획서 1부 3. 활동지원사교육기관 지정서(폐업하는 경우에만 제출합니다)	수수료 없음
------	---	--------