（様式第6号）

愛媛県障がい者相談支援従事者研修事業者指定台帳

指定番号	指定年月日	氏名（法人にあっては名称及び代表者）	郵便番号	住所（法人にあっては、主たる事業所の所在地）	電話番号	備　　考