

介護保険サービス事業者調布連絡協議会

退会届

介護保険サービス事業者調布連絡協議会を下記の内容で退会します。

令和 年 月 日

(1)事業者名			
(2)代表者名			
(3)事業所住所	〒 —		
(4)電話番号	— —	(5)FAX	— —
(6)メールアドレス			
(7)提供事業 (サービス内容)	1) _____	事業者指定番号	_____
	2) _____		_____
	3) _____		_____
	4) _____		_____
退会理由、その他 ご意見等ございましたらご記入ください。			

以上