

厚木介護保険事業所連絡協議会 退会届

年 月 日

厚木介護保険事業所連絡協議会 会長殿

申請者 法人名
事業所名
責任者

印

厚木介護保険事業所連絡協議会を退会いたします。

法人名・会社名	
市内事業所名	※法人単位での退会となります、市内事業所が複数あれば記入下さい。
電話番号	
退会理由	

◆退会申し込みについて

- ※退会届けは1法人で1枚となります。
- ※退会の申し込みはFAX・郵送にて厚木介護保険事業所連絡協議会事務局まで返送下さい。
- ※退会後は厚木介護保険事業所連絡協議会のおこなう研修の お知らせ、市・市議会・社会福祉協議会・包括支援センター等との話し合い、及び決定事項の連絡はいたしませんので、ご了承下さい。

厚木介護保険事業所連絡協議会 事務局担当事業所 事務局宛			
住 所	厚木市下荻野836-1		
事業所名	デイサービス モック	FAX	046-243-3839

事業所名	
TEL	
FAX	