

匝瑳市介護保険事業者連絡会 御中

匝瑳市介護保険事業者連絡会 退会届

この度、都合により貴会を退会いたしたく、届出いたします。

| | | | | | | | | | | |
|-----------------|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 届出日 | 平成 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 事業者名称 (法人名等) | | | | | | | | | | |
| 事業所名 | | | | | | | | | | |
| 介護保険 事業所番号 | | | | | | | | | | |
| 事業所所在地 | 〒 ー | | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | |