

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	〒 -									
備考										