

管理番号	
------	--

四條畷市介護保険事業者連絡会 退会届出書

平成 年 月 日

四條畷市介護保険事業者連絡会 代表幹事様

四條畷市介護保険事業者連絡会を退会いたします。

当法人が退会するにあたり、専門部会退会事業者を専門部会届出書にて届出します。

法人名	
(代表)事業所名	
代表者職名	
所在地	
電話番号	