

砂川市地域包括ケアネットワークシステム利用休止届出書

年 月 日

砂川市地域包括ケアネットワークシステム運営協議会会長 様

法人(団体)名

代 表 者

印

砂川市地域包括ケアネットワークシステムの利用を休止したいので届け出ます。

利用休止期間	年 月 日 から 年 月 日
施設名	
施設住所	
施設の代表者名	
休止理由 (任意)	