

別記第2号様式（第2条関係）

砂川市地域包括ケアネットワークシステム運営協議会退会届出書

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運営協議会を退会したいので届け出ます。

施 設 名			
施 設 住 所	〒		
施設の代表者名			
電 話 番 号		F A X 番 号	