

八尾市介護保険事業者連絡協議会退会届

令和 年 月 日

八尾市介護保険事業者連絡協議会会長 様

住 所

法 人 名

(会社名)

代表者名

印

当法人は下記のとおり八尾市介護保険事業者連絡協議会を退会させていただきます。

記

法 人 名 _____

協議会法人番号 _____

所属部会名 居宅支援、居宅サービス、施設サービス (該当するものに○印)

事 業 所 名 _____

退会理由 _____
