

年 月 日

明石市介護サービス
事業者連絡会 会長 殿

退 会 届

下記のとおり明石市介護サービス事業者連絡会を退会させていただきます。

記

退 会 日 令和 年 月 日

事業所住所 _____

事業所名 _____

担 当 者 _____

電 話 番 号 _____

※ 宜しければ退会理由をご記入ください。

[]