

縄なわねっと(富田林介護保険事業者連絡協議会)退会届

届出日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

事業者名	
代表者名	
担当者名	
所在地	〒 —
TEL	() —
FAX	() —
所属部会 <small>※該当する部会に ✓してください。</small>	<input type="checkbox"/> ケアマネ部会 <input type="checkbox"/> 訪問部会 <input type="checkbox"/> 通所部会 <input type="checkbox"/> 施設部会
退会の理由	

ご記入後は、事務局(医療法人 今城クリニック 担当:小原 暢)までご送信ください。

Tel : 0721-29-1112
FAX : 0721-29-0352