

令和 年 月 日

名東区介護保険関係事業者連絡会 退会申込書

F A X 送 信 : 0 5 2 - 7 2 6 - 8 7 7 6

☆お問い合わせは下記事務局までお願いいたします。

名東区介護保険事業所内 事務局 電話：0 5 2 - 7 2 6 - 8 6 6 9

事業者（法人） 名			
事業所名			
所在地			
担当者名			
T E L		F A X	
E - mail			
在籍部会	居宅介護支援 訪問 通所入所 福祉用具		
退会年度	令和 年度をもって退会		