

第2号様式（第7条関係）

年 月 日

# 退 会 届

越谷市介護保険サービス事業者連絡協議会会長 殿

この度、下記の理由により貴会を退会いたしたく、会則第7条の規定により届出いたします。

事業所名 \_\_\_\_\_

ご担当者氏名 \_\_\_\_\_

役 職 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

退会理由

.....  
.....  
.....  
.....

FAX 送信先 048-970-8736（事務局）