

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 048-971-1222（入退会受付担当 輝の杜こしがや）